FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Madame B. VÉTEAU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

SCIATIQUE MÉDICALE

DE GUERRE

Président : A. GILBERT, *professeur*

VIGOT FRERES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Bactériologie	BEZANCON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, N.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.
Clinique des maladies infantiles	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON MARI

« Véteau Edouard, médecin aide-major de 2e classe du 66e régiment d'infanterie, glorieusement tué le 8 septembre 1914, en prodiguant, sous un feu des plus meurtriers, ses soins aux blessés, avec un dévouement et un courage admirables. »

(Citation à l'ordre de l'Armée).

A MA PETITE MARTHE

Mon unique consolation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'enseignement précieux que nous eûmes dans son service et pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé WALTHER

Chirurgien à l'Hôpital de la Pitié,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a soutenue à l'heure grave de notre vie par ses précieux conseils et son émouvante bonté, ce faible témoignage de notre très profonde et respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur LÉVY-VALENSI

Ancien Chef de clinique de la Faculté de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.
Décoré de la Croix de guerre.

Qui a bien voulu nous guider dans notre travail de ses précieux conseils, et dont la bienveillance à notre égard fut sans limites, nous adressons l'assurance de notre très vive et affectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. le Professeur RECLUS *in memoriam*.
le Professeur GILBERT.
le Professeur QUÉNU.
le Professeur agrégé THIROLOIX.
le Professeur BAR.
le Professeur agrégé JEANNIN.
le Professeur agrégé A. BROCA.
le Docteur André THOMAS.
le Docteur LÉVY-VALENSI.
le Professeur agrégé ROUSSY.

INTRODUCTION

Nous avions déjà presque achevé ce travail lorsque la fin victorieuse de la guerre est venue lui enlever semble-t-il, sa valeur d'actualité. Nous ne croyons pas cependant que l'étude de la sciatique de la guerre n'ait plus qu'un intérêt historique et ne facilite plus que des diagnostiques rétrospectifs.

La guerre est finie, mais les séquelles de la guerre persistent et persisteront malheureusement longtemps enre. Pencodant des mois et des années, les experts des commissions de réforme et surtout des commissions de pensions examineront et réexamineront les victimes de la guerre. Parmi celles-ci, on verra le groupe considérable des sciatalgiques. Pendant la guerre, la sciatique a été pour beaucoup le prétexte aux longs séjours dans les villes de l'arrière; après la guerre, ne sera-t-elle pas prétexte à des revendications pécuniaires?

Pour les experts responsables des deniers de l'État, la question sera souvent délicate, lorsqu'il s'agira d'affirmer la véracité d'un malade et de fixer le degré de son incapacité.

Ce petit travail résumant l'étude de la sciatique pendant la guerre pourra avoir alors quelque utilité.

Dans le même ordre d'idées, le médecin expert en

matière d'accidents du travail trouvera dans cet exposé des notions utiles pour dépister l'exagérateur, le persévérateur, le simulateur.

Ces trois mots résument, d'ailleurs, la direction générale de notre travail.

En présence d'un soldat accusant une douleur sur le trajet du nerf sciatique, nous nous sommes toujours posé les trois questions :

1° Le malade souffre-t-il autant qu'il le dit ?

2° La douleur est-elle autre chose que le souvenir d'une douleur réelle ?

3° Le sujet a-t-il jamais souffert ?

Exagération, persévération, simulation, tels sont les trois éléments du problème que nous nous sommes posé à propos de chaque malade.

Hâtons-nous de dire que la simulation complète, si elle existe, est exceptionnelle.

Rares aussi, si l'on tient compte des effectifs, sont les exagérateurs et les persévérateurs. Cependant, dans l'armée la meilleure, dans une armée, dont le moral est excellent comme la nôtre, se glissent quelques éléments de mentalité inférieure, parmi lesquels se recrutent de tels malades. En toute circonstance, nous nous sommes efforcé de croire à la sincérité du sujet et n'avons jamais mis en doute sa bonne foi que devant l'accumulation des faits.

En général, la situation est la suivante : un soldat contracte une sciatique; on l'évacue à l'arrière, ou, soigné pendant quelque temps à l'avant, il est envoyé en permission à l'arrière. Généralement à la fin de sa

permission, il se fait porter malade et est toujours hospitalisé. Alors, commence l'odyssée du sciatalgique. D'abord un séjour prolongé à l'hôpital ; puis au centre physiothérapique ; parfois à la ville d'eaux ; enfin vient la convalescence.

En général, cette dernière est accordée par le médecin traitant, las d'un malade qui ne s'avoue pas guéri. Le sciatalgique ne manque jamais de se faire réhospitaliser à la fin de sa convalescence et le cycle recommence.

Il arrive cependant parfois que, comme thérapeutique suprême, on propose le dépôt ou même le service auxiliaire. A ce moment, c'est le commandement et le médecin régimentaire qui se trouvent encombrés par un soldat ne voulant rien faire et ne connaissant que l'infirmerie. D'où, nouvelle hospitalisation ou proposition de réforme.

Cette odyssée des sciatalgiques à travers les hôpitaux, les centres spéciaux et les infirmeries montre qu'il n'est pas très facile d'affirmer qu'un individu ne souffre pas ou ne souffre plus de son sciatique. Car c'est là que se résume tout le problème : dépister par des moyens détournés l'existence d'une douleur sciatique.

L'existence des signes physiques, en effet, n'a qu'une valeur très relative. Nous avons tous vu des sciatiques légitimes avec absence complète de signes objectifs ; d'autre part, on peut avoir eu une sciatique, conserver une légère atrophie musculaire, voire l'abolition d'un réflexe achilléen et être parfaitement guéri.

Dans ce travail, nous inspirant des recherches des centres neurologiques et nous appuyant sur de nom-

breux cas que nous avons pu observer à la consultation du Grand-Palais et à l'Hospice Paul Brousse, sous la direction de MM. A. Thomas et Lévy-Valensi, nous nous efforcerons de mettre en relief les caractères cliniques qui permettront de légitimer les symptômes accusés par les malades.

Ce travail nous a été inspiré par MM. André Thomas et Lévy-Valensi, à la documentation desquels nous ferons sans cesse appel, et à qui nous adressons ici toute notre gratitude pour leurs bienveillants conseils.

ANATOMIE MÉDICALE DU NERF SCIATIQUE

Il est important, pour l'examen clinique d'un malade atteint de névralgie sciatique, de bien connaître le trajet et les rapports du nerf intéressé. Nous les rappellerons en quelques mots.

Le nerf sciatique constitue la partie supérieure du plexus sacré. Il naît de la branche antérieure de la 5e racine lombaire, à laquelle vient se joindre une anastomose de la 4e racine lombaire et des branches antérieures des deux premières racines sacrées. Accolées en faisceau au cours de leur trajet dans le canal vertébral, ces racines sortent par les trous de conjugaison correspondants pour former plus tard le plexus et le tronc du nerf sciatique.

Nerf radiculaire. — La partie des racines comprise entre l'orifice de la dure-mère et le pôle supérieur du ganglion spinal, porte le nom de *nerf radiculaire*, dont la lésion est si souvent mise en cause dans les sciatiques. Dans cette partie, les deux racines, antérieure et postérieure, se trouvent accolées et enveloppées par les méninges qui les accompagnent, et qui forment la *gaîne méningée radiculaire*. Celle-ci finit par se fusionner avec le névrilème et se perd au niveau du ganglion rachidien.

La partie funiculaire du nerf sciatique est entièrement extra-méningée. Elle s'étend entre le ganglion spinal et le plexus proprement dit. La 5e racine lombaire et la 1re sacrée mesurent dans cette partie de 5 à 6 centimètres de long et se présentent sous forme de rubans aplatis, ayant à leur émergence médullaire 6 à 8 millimètres de large. C'est cet aspect de cordon (*funiculus*) qui a justifié le nom donné par M. Sicard à ce segment du nerf sciatique. La 5e racine lombaire traverse le trou de conjugaison lombo-sacré et, après jonction avec l'anastomose de la 4e racine lombaire et les deux premières racines sacrées, l'ensemble des troncs funiculaires chemine devant même l'articulation sacro-iliaque pour plonger ensuite dans le petit bassin.

Selon M Sicard, ce segment nerveux serait le plus souvent responsable de l'algie sciatique, qui serait alors une funiculite. *Le plexus proprement dit*, formé par les branches antérieures des racines lombo-sacrées précitées, a une forme triangulaire, dont la base correspond à la colonne vertébrale et dont le sommet répond à la grande échancrure sciatique.

Partie tronculaire. — Du sommet de ce triangle part le tronc du nerf sciatique que nous ne suivrons pas, la brève esquisse anatomique précédente n'ayant pour objet que de faire saisir plus loin les différences que certains auteurs ont établies entre les sciatiques funiculaires et les sciatiques radiculaires.

ÉTIOLOGIE

Jamais la névralgie sciatique ne fut observée avec une telle fréquence et une telle ténacité que durant la grande guerre. Aux causes habituelles : maladies infectieuses, intoxications, diathèses (goutte, diabète, rhumatisme) s'ajoutent des facteurs physiques inévitables en campagne : le froid et l'humidité paraissent avoir joué un grand rôle dans l'étiologie de la névralgie sciatique. Les hommes ont été presque tous exposés pendant de longs mois aux dures épreuves de la vie guerrière, à la pluie, à la neige, couchant sur la terre humide, stationnant dans l'eau.

Quelques-uns des soldats observés ont eu dans leurs antécédents des accès de sciatique antérieurs à la guerre.

La névralgie sciatique atteint généralement les hommes âgés de plus de 30 ans.

Elle s'observe plus souvent chez les simples soldats que chez les sous-officiers, chez lesquels elle est moins rebelle.

C'est dans l'infanterie que la sciatique fut observée le plus fréquemment, et dans la grande majorité des cas la maladie s'est déclarée pendant la mauvaise saison, en automne et en hiver.

Le rhumatisme a été rarement rencontré dans les antécédents de nos malades. Quelques-uns ont eu antérieurement des accès de paludisme.

Une place à part doit être accordée à la syphilis. Celle-ci joue dans la pathogénie de la sciatique un rôle important. Le Professeur Fournier a insisté depuis longtemps sur la fréquence de la névralgie sciatique parmi les accidents secondaires, soit par atteinte du tronc nerveux, soit par participation méningée (sciatique radiculaire).

Au cours de la syphilis tertiaire, le nerf sciatique, et en particulier ses racines, peuvent subir l'atteinte des gommes, des exostoses et surtout des lésions méningées, déterminant ainsi la sciatique radiculaire (Déjerine).

Sachant combien le système méningo-radiculaire est influencé par la syphilis, et combien nombreuses et variables sont les séquelles qu'elle laisse, il y a lieu devant le « syndrome sciatique radiculaire » de songer toujours à l'étiologie syphilitique de la sciatique, et d'en rechercher tous les stigmates.

Une cause, pour ainsi dire, accidentelle de la sciatique mais qui dans les circonstances mérite d'être citée, est l'injection de sels de quinine dans la fesse chez les paludéens.

MM. Sicard, Rimbault et Roger ont réuni 15 cas de sciatique grave, très douloureuse, avec troubles de la sensibilité et paralysie motrice totale, consécutifs à l'injection défectueuse de chlorhydrate de quinine. MM. Boisseau, Branche et L. Cornil en ont observé quelques cas au Centre neurologique de la VII^{e} Région.

C'est quelquefois à l'action directe des sels de quinine injectés dans le tronc nerveux qu'est due la lésion. D'autres fois, le nerf n'est atteint que secondairement par inflammation des tissus avoisinants ou par propagation d'un abcès consécutif à une injection septique.

Parmi les causes déterminant la sciatique chez les militaires, il faut encore citer les blessures du membre inférieur, provoquant la sciatalgie à distance. Ce sont les *sciatiques télétrosiques* de Lortat-Jacob, Sézary et Ferrand. Dans les 8 cas, réunis par ces auteurs, il y avait blessure de la région ilio-lombaire ou du membre inférieur sans lésion du nerf sciatique, ni du plexus lombo-sacré. La sciatalgie s'y est manifestée sous forme de névralgie simple, de névrite fruste avec abolition du réflexe achilléen, allant même jusqu'à la paralysie partielle ou totale. D'après ces auteurs, elle serait produite par la vibration du nerf et des tissus environnants pendant la traversée du projectile.

MM. A. Thomas et Lévy-Valensi s'étonnent, si cette pathogénie est exacte, de ne point voir dans le plus grand nombre des cas de lésions partielles du sciatique, des signes de paralysie totale, car c'est dans ces cas que la vibration des tissus doit se rencontrer au maximum.

Les cas étudiés par nous sont presque tous des sciatiques datant de 1 à 2 ans, des sciatiques rebelles, dont la ténacité ne peut s'expliquer que par les conditions physiques et surtout psychiques que nous étudierons plus loin.

SIGNES CLINIQUES DE SCIATALGIE

« Sans algie pas de sciatique », dit Sicard. *La douleur* est en effet le signe essentiel et prédominant de la névralgie sciatique. Elle revêt tous les degrés, depuis la simple gêne dans la cuisse jusqu'à la souffrance violente persistant jour et nuit, ne laissant aucun repos au malade. Celui-ci localise nettement la douleur et indique avec précision le trajet qu'elle suit depuis le pli fessier jusqu'au creux poplité, et parfois jusqu'au bout du pied. La douleur survient généralement d'une façon insidieuse, parfois brusquement par crises de quelques secondes, alternant avec des périodes de rémission. Ces périodes de calme sont rarement avouées par les hommes qui prétendent, au contraire, souffrir d'une façon continue.

La douleur est le plus souvent nocturne, ce qui serait pour Dieulafoy un bon signe en faveur de l'origine syphilitique de certaines sciatiques.

Elle est presque toujours unilatérale. La marche, le froid, le séjour prolongé sur le sol humide peuvent provoquer la crise; la toux, l'éternuement, les efforts l'exagèrent (radiculites).

La douleur intense, les crises paroxystiques sont rarement observées chez les hommes de troupe, atteints

de sciatique. Ils accusent presque toujours une modalité douloureuse plus atténuée; sensation d'engourdissement, de lourdeur du membre inférieur, de fourmillement. Ceux qui ont séjourné longtemps dans des formations sanitaires, et c'est le cas habituel, donnent des précisions détaillées sur la nature et le siège de la douleur qu'ils ressentent.

Outre la douleur subjective, le praticien doit, dans un but diagnostique, *provoquer* la douleur soit par *pression*, soit par *l'élongation* du nerf.

Points de Valleix. — La pression exerce, comme on le sait, au niveau de certains points, là où le nerf est en contact avec le plan osseux. Ce sont les *points de Valleix*.

L'exploration directe du nerf se fait de la façon suivante : on comprime profondément le nerf contre le squelette, et la douleur ainsi provoquée sera d'autant plus nette, que le nerf sera en contact direct avec le plan osseux résistant.

De tous les points, dont les uns sont situés à la région lombaire, les autres à la cuisse ou à la jambe, les plus révélateurs et les plus constants sont les points : fessier, trochantérien et péronéo-tibial.

Les autres sont plus ou moins frustes et loin d'être fréquents.

De même que la pression, la *percussion* avec le doigt et le marteau surtout provoque la douleur aux points où le nerf sciatique prend contact avec le squelette. La percussion du *calcanéum* (Lagrelette) est douloureuse et détermine une extension réflexe du pied. Les deux

malléoles, surtout l'externe, sont très sensibles à la percussion.

Selon *Barré*, *l'hypoalgésie rétro-malléolaire*, beaucoup plus rare, ne s'observerait jamais chez un simulateur, et, d'après cet auteur, ce serait un bon signe de sciatique réelle.

La percussion de la *face dorsale du pied* est également douloureuse et provoque la flexion énergique des orteils.

Le pincement du tendon d'Achille détermine la douleur et serait pour *Ravault d'Allonnes* un signe fidèle de la sciatique.

Nous l'avons, en effet, rencontré assez souvent chez nos malades.

L'élongation du nerf sciatique.

L'élongation du nerf sciatique a pour but de mettre le nerf en extension forcée, ce qui provoque une douleur intense même dans les cas légers.

C'est le *signe de Lasègue*, que cet auteur a décrit au lit du malade, et que son élève Forst a exposé dans sa thèse.

Il s'obtient par un procédé devenu classique : le malade couché sur le dos, la cuisse et la jambe en extension sur le plan du lit, on soulève le talon en portant le membre tout entier en flexion sur le bassin. La douleur survient presque aussitôt, douleur intense, aiguë, arrachant un cri au malade et empêchant de poursuivre la manœuvre. Il faut avoir soin d'appuyer avec la main sur le genou, afin de maintenir la jambe

en extension absolue, car la flexion instinctive de la jambe a au moins autant de valeur que la révélation de la douleur.

Quand on recherche ce signe, la jambe fléchie, dans les cas légitimes, la douleur n'est pas obtenue.

Cette douleur serait due, d'après *Forst*, à la compression du nerf sciatique par les muscles postérieurs de la cuisse, et d'après *de Beurmann*, qui a fait dans ce but des recherches sur le cadavre, à l'élongation du nerf qui serait de 7 à 8 centimètres dans l'extension forcée.

Procédés nouveaux d'élongation du nerf.

A. *Dans la position couchée.* — Le signe de Lasègue, classique dans le décubitus dorsal, est trop connu des sciatalgiques pour que l'on puisse lui attribuer une réelle valeur lorsqu'il existe. Aussi les neurologistes ont-ils cherché à provoquer la douleur par d'autres procédés, basés également sur l'élongation du nerf, leur permettant ainsi de dépister les faux-sciatalgiques. Ils ont conseillé en même temps de détourner l'attention du malade, naturellement fixée sur le membre douloureux, en lui faisant par exemple, élever les bras — pendant qu'on recherche la douleur aux membres inférieurs.

MM. A. Thomas et Lévy-Valensi recherchent le signe de Lasègue de la façon suivante : le malade étant placé dans le *décubitus abdominal*, on abaisse brusquement le talon ; en cas de sciatique vraie — le malade éprouve une vive douleur. Il accuse la même douleur si, dans

la même position, on lui redresse subitement le pied, la pointe ramenée vers la jambe.

D'autres manœuvres agissant sur le membre sain peuvent déterminer la douleur dans le membre malade, — *douleur contro-latérale.*

C'est le *signe de Bonnet* qui consiste à provoquer la douleur dans la fesse du côté malade par un mouvement d'adduction imposé à la cuisse saine. De même, *dans la manœuvre de MM. Moutard-Martin et Parturier*, on fait fléchir le membre non atteint sur le bassin — et on provoque ainsi la douleur dans la fesse du côté malade.

B. *Dans la station debout.* — L'élongation du nerf sciatique dans la station debout a été déjà recherchée par quelques auteurs (MM. Sicard, Lamy, etc.) avant la guerre. Depuis, différents neurologistes ont systématiquement cherché le « Lasègue debout » par des manœuvres variables.

MM. Roussy, Leroux et L. Cornil qui ont observé un nombre considérable de sciatalgiques au Centre neurologique de la VII^{e} région procèdent de la façon suivante : « Le sujet étant debout, les talons légèrement écartés, on lui demande de ramasser avec les deux mains un objet déposé à ses pieds en avant de lui.

« Ce mouvement doit être exécuté les deux bras étendus, en fléchissant le tronc, sans plier les genoux ».

Un vrai sciatalgique y arrivera à condition de fléchir sur la cuisse la jambe malade.

Parfois, on observe pendant cette épreuve une rotation externe de la pointe du pied et du genou du même

membre ; d'autres fois, il se produit « un véritable retrait » de ce membre douloureux.

Une autre épreuve d'accentuation employée par ces auteurs, surtout dans des formes atténuées, est une variante de la première.

Le sujet toujours debout, on lui demande de ramasser l'objet en lui permettant de plier alternativement le membre malade et le membre sain. On remarque qu'il baisse les mains davantage vers le sol lorsqu'il fléchit la jambe douloureuse. La différence de l'abaissement des mains dans les deux épreuves est de 5 à 10 centimètres et plus. Toutes ces manœuvres doivent être exécutées rapidement, par surprise, sans donner le temps au malade de réfléchir et de saisir le but de l'épreuve. De même, pendant que le sujet est debout, on lui fait accomplir la manœuvre de Carrière, c'est-à-dire se mettre en position accroupie. Cette épreuve qu'un vrai sciatalgique exécute facilement sans manifester aucune douleur le simulateur ou l'exagérateur l'accompagnent de grands efforts, mettant ainsi en évidence flagrante leur mauvaise foi.

M. Néri (de Bologne) a décrit un autre procédé d'élongation du nerf par une voie plus lointaine : en faisant une flexion énergique de la tête en avant, il produit une traction sur les racines par l'intermédiaire de la moelle et provoque ainsi une vive douleur sur le trajet du sciatique. Ce signe s'observe surtout chez les malades atteints de sciatique radiculaire.

Une autre manœuvre du même auteur d'élongation du nerf dans la station debout consiste à faire fléchir le tronc

sur les membres inférieurs. Le tronc se fléchit davantage du côté sain et il se produit une rotation du côté algié en même temps qu'on observe une élévation du talon et parfois un retrait du membre malade. Cette épreuve provoque une vive douleur chez un vrai sciatalgique au point d'émergence du nerf; un simulateur exécute la manœuvre sans accuser aucune sensibilité.

C. *Dans la position assise.* — MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu ont déjà, avant la guerre, recherché le signe de Lasègue dans la position assise : le malade assis sur le lit, les deux membres en extension et les genoux maintenus par une pression forte de la main, ils font fléchir le bassin sur les cuisses. Le plus souvent, le malade essaie vainement de maintenir le tronc vertical, il accuse une forte douleur et retombe sur l'oreiller. Dans les cas légers, le malade s'asseoit, mais il éprouve une vive sensibilité dans la région fessière et le creux poplité.

Un autre procédé des mêmes auteurs consiste à faire étendre brusquement, par une pression sur le genou, le membre atteint, le malade étant assis sur son lit. Chaque fois qu'on a quelques raisons pour mettre en doute la bonne foi du malade, ces deux derniers procédés, inattendus pour lui, donnent d'excellents résultats.

La douleur provoquée par les manœuvres décrites, se localise sur tout le trajet du nerf sciatique, mais avec une prédilection marquée pour la région ischio-trochantérienne.

MM. Roussy, Leroux et L. Cornil ont systématique-

ment recherché l'élongation du nerf dans la position assise (« signe de Kernig » unilatéral) chez les nombreux sciatalgiques du Centre neurologique de la VII[e] région, et ils l'ont trouvé dans une proportion de 63,6 pour 100 de cas de sciatiques vraies.

Ils pratiquent selon deux modalités : 1° A un malade étendu sur un plan résistant on demande de s'asseoir. La flexion de la jambe sur la cuisse déjà existante dans le décubitus dorsal (« signe du genou relevé », signe de « l'ascension talonnière » de Sicard) va s'accentuer. Si alors on exerce, comme dans l'épreuve de Lortat-Jacob et Sabaréanu, une forte pression sur le genou fléchi, on provoque une douleur violente et le malade se renverse brusquement en arrière, cherchant dans cette attitude un soulagement de la douleur.

2° Dans la deuxième épreuve d'élongation du nerf, on prie également le malade étendu de s'asseoir, mais on empêche en même temps, par une pression sur le genou, le membre algié de se fléchir.

Le malade éprouve une vive douleur, s'arrête dans son mouvement en avant et n'arrive pas à se mettre complètement dans la position assise. Il y a *limitation du tronc en avant* plus ou moins accentuée suivant l'intensité de la douleur.

Nous nous sommes servi de ces manœuvres détournées, peu employées dans les formations non spécialisées, et maintes fois nous avons pu ainsi dépister l'exagération ou la simulation.

Les attitudes. — Selon le degré de la douleur, le malade atteint de sciatique va prendre différentes atti-

tudes pendant la station debout, pendant la marche, dans les positions assise et couchée. Toutes, elles ont pour but de détendre le nerf lésé.

La station. — Ce qui frappe, au prime abord, c'est la position hanchée que prend le malade.

Il est visiblement penché du côté sain, comme pour faire porter par celui-ci le poids du corps et soulager ainsi le membre douloureux. De cette attitude vicieuse, faite pour éviter l'extension ou la compression du nerf, naît une déformation presque toujours constante : *la scoliose.*

Etudiées par Charcot, Brissaud, Babinski, Déjerine, etc., les différentes formes de scolioses peuvent être ramenées au point de vue descriptif, à trois types :

1° *La scoliose croisée* (Brissaud). — La concavité est tournée du côté sain. C'est la forme la plus fréquente.

2° *La scoliose homologue* (Brissaud), dont la concavité regarde le côté malade. Nous l'avons observée plus rarement que la première, mais on la rencontre assez souvent dans les sciatiques radiculaires.

3° Nous ne ferons que mentionner la *scoliose alternante* (Higier et Remak) exceptionnelle.

Pour expliquer la scoliose sciatique, Charcot et Babinski admettent l'attitude instinctive que prend le sciatalgique, tout comme le coxalgique ou le tarsalgique, pour soulager le membre malade et faire porter par le membre sain le poids du corps. Quant à l'interprétation de la forme de la scoliose, M. Sicard croit que la scoliose homologue a surtout pour but de « maintenir,

autant que possible, dans le relâchement le nerf sciatique et son plexus (type sciatique tronculaire) ».

La scoliose croisée surviendrait, au contraire, dans l'arthrite latéralisée sacro-iliaque et des trous de conjugaison (type funiculaire).

Pour MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu, la scoliose homologue serait la règle dans les sciatiques radiculaires.

Lorsque la scoliose dorso-lombaire est très accusée, une courbure dans le sens inverse se produit plus haut : c'est la courbure de compensation.

La principale est celle de la région dorsale, qui a pour but de ramener la partie supérieure du tronc dans le sens vertical.

Elle sera orientée dans le sens inverse de celui de la courbure lombaire (Lortat-Jacob).

L'intensité de la scoliose est en rapport avec la gravité et la durée de la douleur; elle disparait généralement dès que le malade cesse de souffrir.

Pendant la station, on observe la flexion plus ou moins accentuée de la jambe malade et le pied repose tantôt sur le talon antérieur, tantôt sur le talon calcanéen à plat sur le sol. « Il arrive fréquemment que la flexion de la jambe ne se produit qu'au bout de quelques secondes ou minutes de station debout; c'est là un petit signe qui nous paraît avoir quelque valeur au point de vue de la sincérité du patient » (MM. A. Thomas et Lévy-Valensi).

L'attitude générale du membre malade est en rotation externe, avec légère abduction de la cuisse et flexion

de la jambe. Ces attitudes vicieuses tendent toutes au même but : éviter l'extension du nerf.

La marche. — De même que la station debout, la marche se trouve modifiée chez un sujet atteint de sciatique. On observe avant tout la *claudication* plus ou moins marquée, selon l'ancienneté et l'intensité de la douleur. Le malade, dans les cas légers, marche « en saluant », le tronc incliné en avant.

Dans les cas plus graves ou dans un but d'exagération ou de simulation, il a recours à une canne, aux béquilles.

MM. Roussy et Lhermitte ont décrit chez certains soldats atteints de fausse sciatique « la marche en trépied »; les malades marchent appuyés les deux mains sur leur canne qu'ils tiennent devant eux et dont à chaque pas ils paraissent enfoncer l'extrémité supérieure dans l'abdomen.

La jambe est toujours fléchie, le talon calcaléen en l'air et le malade en marchant évite d'appuyer sur le membre atteint, mobilisant surtout le membre sain.

La cuisse est souvent en abduction et rotation externe.

Dans la *marche à reculons*, on retrouve la même flexion de la jambe, dans le même but d'éviter l'extension du nerf, la même élévation du talon postérieur. Les pas ne sont pas égaux, comme dans la marche normale; ceux du côté malade sont plus rapprochés et plus hésistants.

La *marche à quatre pattes* est une épreuve très pénible pour le malade, surtout si elle s'effectue les jambes tendues. Le nerf étant alors au maximum

d'extension à laquelle s'ajoute la compression des muscles postérieurs de la cuisse, la douleur est très vive et le malade s'arrête rapidement.

L'épreuve d'ascension et de descente des escaliers est, comme celle de la marche à quatre pattes, douloureuse. Le membre algié est en demi-flexion avec rotation externe. L'ascension est pénible et le malade monte l'escalier, marche par marche. De même dans la descente, la jambe reste plus ou moins fléchie, en abduction et rotation externe.

De plus, le malade avance de côté, la jambe saine la première, posant le pied obliquement sur la marche et non perpendiculairement, comme dans la descente normale.

Position assise. — Pour s'asseoir, le malade prend mille précautions, s'inclinant sur le côté sain et dégageant toujours le côté douloureux. S'il veut se relever, il met ses deux mains derrière la chaise et se soulève péniblement, en s'appuyant d'abord sur la jambe saine. Quand on le fait coucher par terre, les bras croisés et les jambes en adduction et on lui dit ensuite de se lever, on voit aussitôt la jambe malade se mettre en flexion et rotation externe. Si alors on veut étendre la jambe par une pression sur le genou fléchi, le malade éprouve une vive douleur.

Position couchée. — Lorsque la crise est récente et douloureuse et que le malade est alité, il cherche encore des attitudes lui épargnant le plus possible la souffrance. La jambe, comme dans la station debout, est en flexion; le talon, de ce fait, se trouve plus élevé que celui du côté

sain, ce que Sicard appelle « *signe de l'ascension talonnière* ». Cette élévation du talon peut être due encore à la contracture des muscles dorso-lombaires ou à une déformation rachidienne et l'absence de douleur, dans ces cas-là, ne nous permet pas d'affirmer l'existence d'une sciatique. Pour se relever, le malade va chercher une série de manœuvres tendant au même but : d'éviter l'élongation ou la compression du nerf. Il se tourne d'abord sur le côté sain, se soulève sur la main et la jambe du même côté, pendant que le membre malade va faire un grand mouvement faisant pivoter le corps du côté non atteint.

Le malade veut-il passer de la position dorsale dans le décubitus abdominal, il pivote encore autour du côté sain.

Partout et toujours le même souci d'éviter l'extension du nerf, la même préoccupation d'épargner la souffrance au membre malade!

Position à genoux. — Quand on fait mettre le malade à genoux, c'est généralement la jambe malade qui se plie la première. Pour se relever c'est, au contraire, le membre sain qui s'étend le premier. En faisant répéter au sujet la manœuvre plusieurs fois, alternativement sur le côté sain et le côté malade et le faisant se relever de même, on voit parfois le sujet étendre le membre malade le premier, observation qui permet de mettre en doute la sincérité du sujet et de réserver le diagnostic.

Les réflexes. — Dans la symptomatologie de la sciatique, l'état des réflexes tient une place importante. Le réflexe achilléen étant sous la dépendance exclusive

du nerf sciatique, c'est lui que nous allons examiner en premier lieu.

Contrairement à ce qu'on a cru longtemps, *Babinski* démontra que chez l'individu normal le réflexe achilléen est presque constamment présent. *Oppenheim*, ayant adopté la méthode de recherche de Babinski, n'a pu constater l'absence de ce réflexe chez les sujets sains que dans quelques cas exceptionnels.

Sur 1.200 soldats examinés par *Albert Charpentier*, pas une seule fois il n'a fait défaut.

Son absence ou sa modification peuvent donc être considérées comme faits pathologiques.

On le recherche de préférence dans la position à genoux, sur une chaise ou sur le lit, les pieds dépassant de 15 à 20 centimètres le bord de celui-ci. Si, pour quelque raison, le malade ne peut tenir cette posture, on l'examine couché sur le côté, la jambe légèrement pliée sur la cuisse, en soutenant de la main gauche l'extrémité du pied. Dans les deux cas, il est préférable de percuter avec le marteau à réflexes.

Chez les malades atteints de sciatique le *réflexe achilléen est généralement altéré*. Dans la grande majorité des cas, il est diminué ; dans la sciatique de longue durée et de grande intensité il peut être totalement aboli.

MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu l'ont trouvé exagéré dans quelques cas de sciatique radiculaire. Chez 42 soldats atteints de sciatique, MM. A. Thomas et Lévy-Valensi l'ont trouvé exagéré 2 fois.

Sur 126 sciatiques examinées par *Accornero* (de Gênes), le réflexe achilléen était 3 fois absent des deux

côtés (sans qu'il y eût de sciatique bilatérale) ; 39 fois (32 p. 100) il s'était montré diminué du côté malade, et 20 fois (16 1/2 p. 100) aboli du même côté.

Sur 21 cas que nous avons pu examiner, nous avons trouvé le réflexe achilléen normal, 10 fois ; diminué, 7 fois ; aboli, 3 fois et 1 fois exagéré.

Lorsque le réflexe achilléen est diminué, il est généralement ralenti. Les différences d'intensité ou de vivacité des réflexes achilléens sont parfois très minimes. Il faut éviter de se suggestionner et percuter également des deux côtés. On commence à percuter lentement, puis on augmente progressivement, recherchant le seuil de l'excitation suffisante.

MM. Villaret et Faure-Beaulieu ont remarqué que, lorsqu'on percute le bord interne du tendon d'Achille, on voit, surtout quand le réflexe est diminué ou aboli, une flexion isolée du gros orteil. Ils interprètent ce phénomène comme une augmentation de la contractilité idio-musculaire du fléchisseur du gros orteil directement percuté avec diminution simultanée de l'extension globale du pied.

En même temps qu'on observe l'altération du réflexe achilléen, on peut constater d'autres modifications des réflexes du membre inférieur atteint de sciatique. M. Bonola a signalé qu'à côté du réflexe achilléen aboli, on pouvait observer le *réflexe du tenseur du fascia lata* conservé ou également aboli. Le tenseur du fascia lata étant innervé par le nerf fessier supérieur, qui natt de la L_5, ce nerf sera compromis dans la sciatique radiculaire au même titre que le réflexe achilléen. Par

contre; dans la sciatique tronculaire on trouvera le réflexe du tenseur du fascia lata conservé à côté du réflexe achilléen aboli ou diminué.

Le *réflexe médio-plantaire* étudié par MM. Guillain et Barré est recherché par ces auteurs dans le décubitus abdominal, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse. Il s'obtient en percutant la partie moyenne du pied et consiste dans l'extension du pied sur la jambe avec flexion des quatre derniers orteils. C'est donc un réflexe normalement « associé » : réflexe tendineux (extension du pied) d'une part, et idio-musculaire (flexion des quatre derniers orteils) de l'autre. Il marche généralement de pair avec le réflexe achilléen, et on le voit souvent aboli en même temps que ce dernier. Toutefois il pourrait être aboli pendant que le réflexe achilléen est conservé, ou dissocié, l'extension du pied étant abolie pendant que la flexion des orteils est conservée (sciatique radiculaire).

A côté du réflexe achilléen, il faut placer ce que *Barré* appelle le *réflexe rétro-malléolaire*, dont l'absence serait pour lui un signe important de sciatique vraie. On recherche ce réflexe dans la même position que celui du tendon d'Achille, c'est-à-dire à genoux en percutant la face externe du calcaneum, entre le bord externe du tendon d'Achille et la malléole externe. Il y a extension du pied, comme dans le réflexe achilléen et, d'après l'observation de l'auteur, qui porte sur une centaine de cas, ce réflexe serait altéré (diminué ou aboli) avant que le réflexe achilléen soit modifié.

Le réflexe rotulien est généralement conservé et

normal. Dans certains cas (sciatique radiculaire avec extension aux 3e et 4e lombaires) il est affaibli ou même aboli. Quelques auteurs l'ont trouvé plus vif ou augmenté d'amplitude.

La percussion de certains points osseux voisins du nerf sciatique : sacrum, trochanter, tibia, péroné et calcaneum, est souvent douloureuse.

La percussion du sacrum aux points d'insertion du grand fessier détermine une contraction fasciculaire du muscle plus forte du côté atteint et qui serait, selon F. Rose, différente de la contraction volontaire de la fesse, laquelle est globale.

M. F. Rose insiste sur le *signe du fessier*, que l'auteur considère comme positif dans la sciatique vraie. Il le trouve dans tous les cas où les autres signes ne laissent aucun doute sur l'existence réelle d'une sciatique. Sa disparition coïncidait dans ces cas avec celle de la douleur, du signe de Lasègue, des points de Valleix. Nous avons pu le mettre en évidence quelquefois, mais il nous a paru inconstant. « Il n'est pas pathognomonique », ajoute M. Rose, « car il doit pouvoir s'observer dans les arthrites sacro-iliaques et peut-être aussi coxo-fémorales. Malgré ces possibilités, il nous semble constituer un signe précieux pour le diagnostic de névralgie sciatique en évolution, concomitamment avec les signes classiques, constatés par un examen méthodique ».

Du réflexe fessier de M. Rose il faut rapprocher le *réflexe musculaire « glutéal »* signalé par M. Lhermitte. Il consiste dans la contraction du muscle grand

fessier du côté malade, déterminée par la percussion légère de la marge du sillon interfessier du même côté. Ce réflexe est parfois exagéré et alors on note une diffusion des contractions s'étendant aux muscles postérieurs de la cuisse. Le réflexe glutéal selon M. Lhermitte est exagéré dans les lésions radiculaires ou tronculaires et cet auteur l'a noté dans le tiers des cas de névralgies sciatiques.

Le *réflexe cutané plantaire* est sans modification et nous avons constamment trouvé la flexion plantaire des orteils. La réaction simultanée du fascia lata est constante, et son absence serait pour Bonola un signe en faveur de la sciatique radiculaire.

Les *réflexes abdominal* et *crémastérien* nous ont toujours paru normaux. *Pisani* a constaté le réflexe abdominal plus vif du côté malade dans 80 p. 100 des cas.

Atrophie musculaire. — C'est un symptôme des plus importants, étudié et mis en valeur par le Professeur Landouzy, en 1870. Signe habituellement tardif, mais pouvant se manifester d'une façon précoce, si bien que dans un cas de M. Landouzy « on notait déjà 14 jours après le début des douleurs une diminution de 4 centimètres au moins au niveau de la cuisse douloureuse ».

Il serait intéressant de faire les mensurations de la cuisse et de la jambe au début de la maladie, avant que l'atrophie ne soit masquée par la couche adipeuse sous-cutanée qui se développe sur le territoire du nerf sciatique et qui peut fausser les mensurations.

Nous reviendrons à l'adipose plus loin.

L'atrophie musculaire est surtout marquée à la cuisse, et peut atteindre plusieurs centimètres. Appréciable parfois à la seule inspection, elle se révèle toujours à la palpation comparée avec le membre sain. La mensuration est nécessaire chaque fois que l'atrophie est peu considérable. Il est indispensable pour avoir le résultat juste de prendre des points de repère fixes; par exemple, pour la cuisse à 15-20 centimètres du bord supérieur de la rotule; pour le mollet, à 25 centimètres de la malléole externe.

L'atrophie, chez les militaires que nous avons observés, ne faisait jamais défaut elle; était souvent importante, mais diffuse et non systématisée au territoire du sciatique. Cette atrophie résultait le plus souvent dans nos cas de l'immobilisation relative du membre.

Barré a signalé l'*atrophie du muscle pédieux* très prononcée, parfois même avant que celle de la cuisse ou de la jambe se soit manifestée.

Hypotonie. — Très difficile à rechercher lorsque le malade est en pleine crise de sciatique, le tonus musculaire est, au contraire, très aisé à contrôler quand la douleur est atténuée et que le sujet se prête volontiers à l'examen.

L'hypotonie est presque constante dans la flexion de la cuisse et de la jambe et nous l'avons observée fréquemment chez nos soldats. Dans *l'hypotonie du fessier*, en fléchissant la cuisse sur le bassin, le genou se rapproche plus facilement du thorax du côté malade, que du côté sain, où on éprouve une certaine résistance.

L'hypotonie du muscle fessier se traduit encore par *l'abaissement du pli fessier*, du côté de la sciatique. l'*aplatissement de la fesse* et par la sensation de *mollesse* qu'éprouve la main qui palpe la masse fessière.

L'hypotonie du quadriceps se manifeste par la même facilité qu'on éprouve à faire approcher le talon de la fesse du côté atteint et même à la faire toucher.

L'hypotonie des jumeaux se manifeste par la *dépressibilité* et le *relâchement du tendon d'Achille*, et consécutivement par l'*abaissement du talon* du côté de la sciatique, ce que Barré a appelé le « *signe de l'équerre* », le pied faisant angle droit avec la jambe. En même temps, en écoutant le son de percussion du tendon d'Achille des deux côtés, on trouve du côté malade le son nettement plus bas et plus sourd que du côté sain.

Paralysie. — Les troubles moteurs sont peu fréquents chez les militaires atteints de sciatique. Ils se manifestent par l'affaiblissement du membre pouvant aller jusqu'à la paralysie complète.

Mais celle-ci est d'une rareté extrême et nous ne l'avons presque jamais observée chez les soldats. On la trouve surtout dans les formes radiculaires.

Troubles trophiques. — Comme nous l'avons déjà fait remarquer à propos de l'atrophie musculaire, celle-ci peut parfois être masquée par *l'adipose sous-cutanée*. Comme l'a démontré le Professeur Landouzy, elle peut être limitée à un segment du membre, ou bien s'étendre au membre entier. C'est surtout à la cuisse qu'on peut la mettre en évidence, en pinçant, entre le pouce et

l'index, la peau des deux membres. Du côté malade, le pli fait par la peau est plus épais que du côté sain. En même temps il apparaît un vide, laissé par le muscle sous-jacent atrophié.

Nous n'avons pas souvent observé cette adipose locale.

Troubles vasculaires : cyanose. — Un autre trouble vasculaire celui-là, se révèle par la *cyanose* plus ou moins marquée de la peau du membre malade.

Il est rare de trouver la peau normale à ce membre. Le plus souvent elle est marbrée, violacée, surtout pendant la station debout. La cyanose est localisée généralement au pied, montant souvent au mollet. La peau est en même temps amincie et flasque, tantôt suintante, tantôt au contraire sèche, par défaut de secrétion sudorale.

La mauvaise nutrition de la peau la met en état de moindre résistance, et il n'est pas rare de voir sur le fond violacé de celle-ci apparaître des furoncles, vésicules d'herpès, folliculite.

On a noté encore une *hypertrichose* exagérée, *l'amincissement du tendon d'Achille* (Oppenheim).

Les troubles trophiques propres, surtout à la sciatique névrite, sont relativement rares chez les militaires, chez lesquels cette forme de sciatique est peu fréquente. Nous avons surtout observé la cyanose du membre atteint.

Hypothermie. — Parmi les troubles relevant encore de la circulation défectueuse, l'hypothermie du membre malade se rencontre dans la grande majorité des cas.

Le malade se plaint d'avoir le pied « à la glace », et nous constatons, en effet très souvent, une différence de 1 à 2 degrés dans la température locale.

L'hypothermie est surtout sensible à la région plantaire, à la face externe de la jambe et à la partie inférieure du mollet et est très appréciable même au toucher.

La tension artérielle nous a paru sans modification, mais cependant quand le membre est très refroidi l'amplitude des oscillations est moindre.

Les TROUBLES SPHINCTÉRIENS sont exceptionnels, même dans les formes radiculaires.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. — La sensibilité cutanée d'un membre atteint de sciatique est souvent altérée. Sur tout le trajet du nerf et au niveau des points douloureux surtout, on peut constater des plaques *d'hypoesthésie*, voire *d'anesthésie*. L'hypéresthésie est plus rare.

L'hypoesthésie se révèle surtout à la piqûre, mais elle porte sur tous les modes de la sensibilité : la chaleur, le froid, le tact, la douleur. Quelques auteurs ont signalé une association d'hypoesthésie tactile et d'hypéresthésie douloureuse.

Les troubles sensitifs objectifs affectent soit la *topographie périphérique* et alors la sciatique tronculaire serait en cause, soit la *topographie radiculaire*, et c'est l'affection des racines qui serait mise en jeu, comme l'a démontré le Professeur Déjerine.

Type tronculaire. — Dans le premier groupe vont se ranger les troubles de la sensibilité localisés à la face externe de la jambe, depuis la rotule à la partie externe

du mollet ; plus bas, ils s'étendent à toute la surface du pied, sauf son bord interne et le bord interne du gros orteil. « Tout trouble sensitif, en dehors de ce territoire, devra être analysé avec soin et rapporté à sa cause véritable, car on ne saurait l'attribuer dans ce cas à une altération du tronc nerveux ou de l'une de ses branches » (Lortat-Jacob et Sabaréanu). Il est rare cependant de voir dans la sciatique tronculaire les troubles de la sensibilité occuper toute la zone périphérique du nerf sciatique. Celle-ci est plus ou moins complètement atteinte, et les troubles sensitifs se montrent circonscrits, parcellaires. Ainsi, il peut exister de l'anesthésie du pied sans troubles de la sensibilité à la jambe.

Type radiculaire. — Lorsque le nerf sciatique est atteint non pas au tronc, mais au niveau des racines, les troubles de la sensibilité se manifestent d'une façon différente. Leur territoire est plus étendu, à distribution par bandes verticales ou obliques, descendant depuis la fesse jusqu'au pied. Anatomiquement, les troubles portent sur les deux dernières racines lombaires et les deux premières racines sacrées, dont l'ensemble constitue le nerf sciatique. Une seule racine ou plusieurs à la fois peuvent être atteintes, de même que les racines sus ou sous-jacentes, ce qui explique les troubles de la sensibilité en dehors de la zone du sciatique (domaine du crural ou de l'obturateur).

Les troubles sensitifs se manifestent ici, comme dans la forme tronculaire surtout par de l'hypoesthésie pour tous les modes, souvent par de l'anesthésie, rarement par de l'hyperesthésie.

Réactions électriques. — Nous savons combien peu d'importance on doit attacher dans l'examen d'un sciatalgique militaire aux signes subjectifs. Aussi faut-il multiplier les recherches des symptômes objectifs par tous les moyens. L'examen électrique en est un et nous l'avons utilisé chaque fois qu'il nous a été possible de le faire.

Classiquement, l'excitabilité électrique n'est pas modifiée dans la névralgie sciatique; elle est, au contraire, troublée dans la sciatique névrite. Pratiquement, on trouve, d'après Néri (de Bologne) « de nombreux cas intermédiaires où l'examen électrique révèle une simple diminution de l'excitabilité, indice d'une souffrance légère, mais réelle des fibres nerveuses ».

Les troubles quantitatifs de l'excitabilité électrique, d'après le même auteur, sont très fréquents dans la sciatique. Il les a observés même dans des cas, où le réflexe achilléen existait et l'atrophie musculaire était presque nulle.

Les troubles de l'excitabilité électrique se manifestent chez un sciatalgique par la *sub-excitabilité* faradique et galvanique dans le domaine du sciatique poplité externe et surtout dans celui du sciatique poplité interne. A l'excitation faradique du sciatique poplité interne du membre malade, les jumeaux répondent par une série de contractions fasciculaires, pendant que le pied reste immobilisé au lieu de se mettre en extension avec flexion des orteils, comme chez un individu normal. D'autre part, l'intensité du courant doit être augmentée par rapport au côté sain et en raison directe de l'hypo-

excitabilité du nerf malade. En excitant la plante du pied (domaine du sciatique poplité externe), on obtient l'extension du gros orteil, ce qui indiquerait d'après Néri une « sub-excitabilité des muscles fléchisseurs (1re et 2e sacrées) et une diffusion de l'excitation aux extenseurs (4e et 5e lombaires). Ces phénomènes de diffusion seraient très caractéristiques d'un léger trouble du tronc nerveux et montrent l'inégalité d'excitabilité entre différents groupes musculaires.

L'examen électrique révèle souvent la localisation de la lésion sur une seule branche. L'hypo-excitabilité se manifeste alors sur le muscle intéressé, pendant que l'excitabilité des autres muscles appartenant au même groupe est normale.

A la face postérieure de la cuisse, les muscles sont plus difficiles à exciter ; le grand fessier, au contraire est très sensible à l'excitation directe.

En comparant l'électro-examen du côté sain et du côté malade, on trouve une contraction massive du grand fessier du côté sain, pendant que l'excitation de même intensité ne provoque aucune contraction ou une série de faibles contractions fasciculaires du côté malade.

Même constatation dans la région des jumeaux.

Le point d'élection d'excitabilité du nerf sciatique est localisé au bord inférieur du grand fessier entre la tubérosité ischiatique et le trochanter. L'excitation de ce point provoque du côté sain la contraction des muscles postérieurs de la cuisse avec extension du pied ; les muscles du côté malade ne répondent à la même exci-

tation que par une ondulation caractéristique qui persiste durant le passage du courant.

Chez nos malades, le plus souvent les réactions électriques étaient normales ou il n'existait qu'une légère hypoexcitabilité.

FORMES CLINIQUES

Il faut distinguer au point de vue anatomo-clinique deux formes de sciatiques :

1° Sciatique tronculaire.

2° Sciatique radiculaire.

Sciatique tronculaire. — Ce type est représenté par la sciatique franche, ordinaire, quelle que soit sa physionomie clinique : névralgie ou névrite. Son siège s'étend sur tout le trajet du nerf sciatique depuis son émergence du trou de conjugaison jusqu'aux branches terminales. Au point de vue topographique, M. Sicard la divise en *funiculite*, *plexite*, *tronculite*, selon que la lésion siège sur la racine funiculaire, le plexus ou le tronc du nerf.

L'étiologie de ces formes est variable. C'est dans ce type que rentre la sciatique d'origine rhumatismale, goutteuse, diabétique, paludéenne. La syphilis n'est généralement pas en cause dans cette forme de sciatique. Et, de fait, différents auteurs qui ont cherché à établir des rapports entre la syphilis et la sciatique ordinaire n'ont pu découvrir ni antécédents syphilitiques dans le passé de leurs malades, ni obtenir la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Selon l'opinion du Professeur Landouzy devenue classique, la sciatique tronculaire revêt deux formes cliniques. L'une *névralgique*, caractérisée par des crises douloureuses aiguës, alternant avec des périodes de rémission complète, sans abolition du réflexe achilléen, ni atrophie musculaire, ni troubles trophiques, sans modifications dans l'examen électrique. L'autre *névritique* avec la douleur moins violente, mais plus continue, le réflexe achilléen diminué ou aboli et atrophie musculaire parfois assez marquée. Les troubles des réactions électriques sont fréquents.

En ce qui concerne les *formes funiculaires et tronculaires*, M. Sicard leur attribue une grande fréquence et pour cet auteur dans la très grande majorité des faits, sinon dans la totalité, la sciatique *reconnaît une pathogénie extra-méningée*. La funiculite de la L^5 serait particulièrement fréquente, — ce segment nerveux répondant au trou de conjugaison lombo-sacrée et « incessamment soumis au pivotement vertébral inférieur ». Ces formes se reconnaissent à la douleur débutant dans la région lombaire, à la sensibilité à la palpation de la 5e vertèbre lombaire ; de plus, la funiculite est caractérisée par la myotonie, et la tronculite par l'algie de la région fessière et la palpation très douloureuse du creux ischio-trochantérien.

Sciatique radiculaire.— Deux maladies sont surtout à l'origine de cette forme de sciatique : la syphilis et la tuberculose. Le Professeur Déjerine qui, par d'importants travaux, a mis en lumière la forme radiculaire des névralgies, compte environ 80 p. 100 des cas dans lesquels la

syphilis a été en jeu. Le Professeur Landouzy insiste sur la fréquence de la sciatique chez les tuberculeux. M. Tinel et Mlle Goldenfan ont démontré la présence très fréquente de la sclérose radiculaire rencontrée à l'autopsie des tuberculeux.

La lésion siège, d'après le Professeur Déjerine, soit à la portion des racines comprise dans la grande cavité méningée intra-durale, soit au-delà de l'orifice dural, jusqu'au ganglion spinal où se termine et se perd le diverticule méningé qui accompagne la racine.

La sciatique radiculaire est caractérisée surtout par des troubles sensitifs qui affectent une topographie par bandes parallèles à l'axe du membre et correspondent à la zone de distribution des racines lombo-sacrées.

La douleur est spontanée, à type névralgique, exagérée par la toux, l'éternuement, les efforts.

Les épreuves basées sur l'élongation du nerf (signe de Lasègue) sont souvent négatives; par contre, les manœuvres qui exercent une traction sur les racines (signe de Bonnet), (signe de Néri), sont très douloureuses.

La douleur recherchée par la pression du tronc nerveux en différents points (points de Valleix) fait souvent défaut. Les réflexes sont diminués ou abolis dans le domaine du nerf atteint. Ce nerf peut être, en dehors du sciatique, les nerfs crural et obturateur d'où les troubles des réflexes rotuliens et les points douloureux spéciaux.

Les troubles trophiques sont fréquents. La *lymphocytose* est souvent observée dans le liquide céphalo-

rachidien et, selon Sicard, « lorsque la ponction lombaire nous a montré un liquide lymphocytaire, nous pouvons affirmer qu'il ne s'agit pas de sciatique vulgaire ».

La *réaction albumineuse* du liquide céphalo-rachidien est accentuée (0 gr. 60 centigr. et plus par litre). La *réaction de Wassermann* est souvent positive.

M. Sicard a groupé sous le nom de *para-sciatiques*, les sciatiques radiculaires et les sciatiques symptomatiques des lésions rachidiennes ou du petit bassin. Cet auteur donne un certain nombres de signes ayant une grande valeur diagnostique en faveur d'une parasciatique : bilatéralité de la douleur; irradiations douloureuses au niveau des organes génito-rectaux ou troubles sphinctériens; troubles vaso-moteurs; paralysie avec steppage; absence de scoliose; jeune âge (avant 15 ans); lymphocytose et hyperalbuminose.

Et c'est grâce à ces signes que « maintes fois, dit M. Sicard, nous avons pu redresser un diagnostic, empêcher d'envoyer à une cure thermale un malade considéré comme atteint de sciatique simple, et prévoir une compression pottique ou néoplasique, ou une réaction syphilitique ».

Il est une forme de sciatique que nous ne saurons passer sous silence, différents auteurs ayant signalé son existence et réuni un certain nombre de cas : c'est la *sciatique poste-quinique*, dont nous avons par ailleurs noté l'origine accidentelle. Elle revêt quelquefois la *forme grave* avec douleur et paralysie apparaissant immédiatement après l'injection et persistant pendant des mois (12-

18 mois). MM. Sicard, Rimbaut et Roger ont observé sur 15 cas réunis par eux, 2 cas de paralysie définitive.

Le plus souvent, c'est une simple sciatalgie, dont l'évolution est rapide et la guérison la règle. Mais chez certains soldats, d'un état psychique spécial, cette sciatalgie va persister indéfiniment (type de persévération) ou s'exagérer (type d'exagération) prenant ainsi la forme d'une véritable psycho-névrose (MM. Boisseau, J. Branche et L. Cornil).

Rhumatisme cervical et névralgie sciatique associés. — Il nous reste quelques mots à dire d'une forme particulière de la sciatique signalée par M. Nobécourt. Cet auteur a observé un certain nombre de cas de rhumatisme cervical et de névralgie sciatique associés. Le tableau clinique rappelle celui du rhumatisme articulaire aigu, mais la douleur siège à la face postérieure du cou et aux membres inférieurs. La douleur de la nuque très vive, est exagérée par les mouvements du cou, d'où la contracture de défense des muscles du cou, analogue à la raideur de la nuque méningitique.

Aux membres inférieurs, la douleur se manifeste le long du sciatique, et la pression de certains points de Valleix est sensible, surtout du point péronier. Le signe de Lasègue « couché » et « assis » est positif.

Dans le liquide céphalo-rachidien on découvre de l'hyper-albuminose, mais la lymphocytose est inconstante. Quelques cas se sont compliqués d'endocardite et de péricardite, raison pour laquelle M. Nobécourt rapproche le syndrome décrit par lui du rhumatisme articulaire aigu. Le traitement par le salicylate de

soude et l'aspirine donne de rapides et excellents résultats.

Il y aurait encore un chapitre à écrire sur les sciatiques traumatiques de guerre, névralgies secondaires à des lésions du nerf. C'est dans ces cas surtout qu'existent les *formes parcellaires*, du moins en ce qui concerne les cas que nous avons observés. Nous ne nous y arrêterons pas, notre sujet ne comportant que la sciatique médicale.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

La sciatique ayant de nombreuses causes étiologiques, son évolution comme son pronostic seront variables et dépendront, dans certains cas, de l'évolution de l'affection causale.

Dans la forme de névralgie pure, l'évolution comme le début est rapide, le traitement efficace et la guérison souvent spontanée.

Dans la sciatique névrite, l'évolution est lente; les moyens thérapeutiques souvent sans effet et la guérison spontanée extrêmement rare. Il en reste fréquemment des séquelles : atrophie musculaire, légère impotence, fourmillement, engourdissement du membre, troubles trophiques.

Les récidives sont fréquentes dans les deux formes. Dans la radiculite, d'origine spécifique, le traitement a souvent une action rapide.

Quelle que soit la forme de la sciatique, lorsqu'il s'agira de déterminer le pronostic de l'affection, l'étiologie, l'état anatomique du nerf et le terrain sur lequel elle évolue, seront autant d'éléments à consulter.

Dans les sciatiques de guerre, l'évolution et le pronostic diffèrent sensiblement de ceux du temps de paix.

Telle névralgie sciatique qui dure 4 à 6 semaines chez le civil, est interminable chez le militaire. Le fait est d'autant plus frappant que la sciatique névrite est rarement observée chez les soldats et les cas qui se présentent à l'examen sont sans grande gravité apparente. Ces sciatiques traînent en longueur, exaspèrent le médecin et rendent souvent difficile la tâche qui lui incombe, de guérir le malade et de le rendre à l'armée. C'est ici que vient se placer le grand facteur aggravant l'affection, parfois bénigne : le facteur psychique.

Le malade souvent ne tient pas à guérir. Avec quelques éléments réels, il se suggestionne, il exagère, il persévère et arrive à réaliser le tableau d'une affection vraie et à tromper souvent le praticien inexpérimenté. Nous avons montré ailleurs les moyens que le médecin possède aujourd'hui pour dévoiler les artifices et dépister la simulation, l'exagération, la persévération.

« De tels malades ne devraient pas dépasser la limite de la zone des armées; aussitôt à l'intérieur, ils risquent fort d'être perdus pour le service armé » (A. Thomas et Lévy-Valensi).

Et de fait, dès qu'un sciatalgique a franchi cette limite, les pérégrinations sans fin commencent. Le malade passe d'un hôpital à un autre, séjourne dans 10, 12 formations sanitaires, villes d'eau, centres physiothérapeutiques et arrive finalement au centre neurologique, où il est généralement étudié à fond et souvent guéri par des moyens psycho-thérapeutiques.

MM. A. Thomas et Lévy-Valensi qui ont eu l'occasion d'étudier de nombreux cas de sciatiques de guerre résu-

ment ainsi leur pronostic de cette affection chez les militaires : « Cette sciatique guérit chez quelques syphilitiques, guérit toujours chez les officiers, rarement chez les soldats.

« Bénigne pour le soldat, la sciatique de guerre est grave pour les effectifs ».

DIAGNOSTIC

Dans l'étude spéciale qui nous occupe, le diagnostic est surtout celui de la bonne foi du sujet. Quand nous serons sûr de celle-ci, nous devrons remonter plus haut, localiser la lésion, en rechercher la cause. Le premier diagnostic est surtout militaire, les autres médicaux. Cependant la topographie et l'étiologie pourront parfois apporter une certitude de la véracité du sujet. On n'invente ni une anesthésie radiculaire, ni une lymphocytose rachidienne.

Diagnostic de la légitimité de la sciatique.

Il existe des cas où la légitimité de la sciatique s'impose. Il s'agit de sujet accusant une douleur sur le trajet du nerf, ayant une atrophie musculaire avec R. D. dans le territoire du nerf, un réflexe achilléen aboli, c'est là le type décrit par Landouzy sous le nom de sciatique-névrite. Cette forme, nous devons avouer que nous ne l'avons presque jamais vue chez nos militaires.

Nous avons vu parfois quelques-uns de ces éléments, en particulier l'abolition ou la diminution du réflexe achilléen. L'atrophie musculaire fait rarement défaut,

mais elle est globale et facilement influencée par l'immobilisation relative du membre. D'ailleurs, nous le répétons, l'existence de certains signes objectifs n'est pas incompatible avec une lésion névritique guérie. Pour affirmer dans ces conditions un processus en activité, il faudrait avoir assisté à l'apparition de ces signes.

En somme, chez un individu présumé sciatalgique il faut déceler la vérité de la douleur. Tout est là. Mais avant d'aborder ces recherches nous avons le droit de nous faire une ébauche d'opinion, basée sur l'apparence du malade. Cette opinion, nous la sacrifierons sans hésitation, si un examen plus complet la met en défaut.

Le faux sciatalgique (simulateur, persévérateur ou exagérateur) connaît merveilleusement sa maladie. Il en parle avec abondance, employant même des mots techniques. Il sait parfaitement le trajet de son nerf et la manœuvre de Lasègue n'a pas de secret pour lui. Au moment où nous l'examinons, il accuse une vive douleur et n'a aucune rémission. Il a souvent des béquilles, toujours deux cannes. Le fait-on marcher, on est frappé de l'incohérence de ses mouvements, de l'exagération de ses attitudes, alors que le vrai sciatalgique est plutôt avare d'efforts qui lui sont douloureux. M. Roussy a insisté justement sur ces attitudes exagérées : « démarche en trépied (les malades marchent les deux mains sur leur canne qu'ils tiennent devant eux). Quand nous voyons des scolioses très marquées, surtout alternantes (scoliose croisée devenant homologue par intermittence), nous avons l'habitude de redoubler de méfiance.

Certains faits sont aussi au premier abord en désaccord avec les récits des malades. Dans quelques cas, nous avons vu des soldats réformés depuis un ou deux ans, très impotents et endoloris ne présenter aucune amyotrophie ou une amyotrophie légère. Dans ces cas, nous étions en droit de penser, qu'impotence et douleur disparaissaient dès que le malade rentrait chez lui.

L'observation par le médecin ou ses collaborateurs du sujet qui ne se croit pas surveillé peut donner aussi d'utiles renseignements de moralité.

La douleur se recherche par des moyens directs et des moyens détournés.

A. *Moyens directs.* — Il s'agit de la pression sur le trajet du nerf, points de Valleix. Un bon procédé consistera à appuyer sur des points où il n'y a manifestement pas de troncs nerveux, à la face interne du tibia, par exemple ; si le malade accuse une vive douleur, on sera fixé.

B. *Moyens indirects.* — La toux, l'éternûment, la défécation provoquent la douleur dans les formes radiculaires. Quand le malade accusera *spontanément* ce symptôme, il aura une certaine valeur. Dans l'épreuve de la toux, le malade étant couché, MM. A. Thomas et Lévy-Valensi ont observé parfois une ébauche de flexion de la jambe sur la cuisse.

Ceci dit, les plus gros éléments du diagnostic tournent autour du signe de Lasègue, c'est-à-dire de la douleur provoquée par l'extension du nerf.

Tous les malades connaissent ce signe; aussi n'a-t-il de valeur que s'il est négatif ou inverti : ce qui arrive chez les malades insuffisamment éduqués. Chez les

autres, il faut avoir recours à des moyens détournés.

Un moyen simple, qui nous donne souvent de bons résultats, consiste, quand le signe de Lasègue a été positif, de dire à un assistant que l'extension simultanée des deux jambes doit être indolore. Le faux malade réagit immédiatement dans le sens voulu par le médecin.

Dans la recherche du signe de Lasègue, il faut attacher moins d'importance à l'aveu de la douleur qu'à la flexion de défense de la jambe sur la cuisse. C'est cette flexion que nous retrouvons dans l'attitude du malade couché ou debout.

La plupart des procédés cliniques d'investigation se proposent de dépister par le procédé de l'élongation, la souffrance du nerf. L'examen du malade dans toutes les positions a presque uniquement ce but.

L'esprit du médecin doit être toujours fixé sur cette idée directrice : mettre le malade dans une situation telle que le sciatique supposé malade soit en hyper-extension. De cette préoccupation résultent les différents procédés que nous avons longuement exposés au cours de notre description. Il ne faut pas, néanmoins, attacher à chacun d'eux une valeur absolue. Il faut se méfier de soi-même en matière de simulation et ne pas suspecter la bonne foi d'un homme uniquement parce qu'un symptôme aura été troublant. Il faut multiplier les épreuves, les grouper, les coordonner, les opposer pour se permettre de tirer des conclusions légitimes.

Les attitudes nous paraissent avoir plus de valeur même que les symptômes provoqués.

Quand on recherche le signe de Lasègue par une voie

détournée, un malade intelligent peut deviner que c'est la douleur que l'on cherche à déterminer et il réagit violemment dans ce sens. Par contre, un sciatalgique plus endurant pourra supporter la douleur sans se plaindre (le cas est beaucoup plus rare!)

Les attitudes sont plus spontanées; elles peuvent être décelées à l'insu du malade et ont, de ce fait, une valeur très grande.

Il nous est fréquemment arrivé de rencontrer en nous rendant à l'hôpital des sciatalgiques marchant presque normalement qui, à l'examen, se comportaient comme de grands impotents.

Les diverses épreuves recommandées par MM. A. Thomas, et Lévi-Valensi ont donc une valeur considérable : marche, marche à reculons, à quatre pattes, etc.

Nous attachons une importance moindre, quelque paradoxal que cela puisse paraître, à l'état des réflexes. Ici, d'ailleurs il faut faire une réserve. Chez un sciatalgique *récent*, la diminution ou l'abolition d'un réflexe achilléen conserve toute sa valeur, comme révélation d'une lésion actuelle. Chez un sciatalgique *ancien*, sa valeur est infiniment moindre. Parce que l'arc réflexe a été interrompu, cela ne signifie pas qu'actuellement il existe une lésion irritative et douloureuse. Selon une formule militaire, on peut faire son service avec un seul réflexe achilléen. L'état des autres réflexes a une importance très restreinte pour le diagnostic de légitimité.

MM. A. Thomas et Lévy-Valensi insistent, à juste titre, sur l'importance de l'hypotonie. Ils ne lui attachent, d'ailleurs, aucune valeur absolue.

Son importance est surtout grande quand le trouble est récent; plus tard, elle semble marcher en même temps sinon parallèlement à l'atrophie musculaire; elle est même secondaire dans le plus grand nombre des cas à l'immobilisation. Il y aurait un volume d'ailleurs à écrire sur les méfaits de cette immobilisation, souvent complice des exagérateurs et des simulateurs. Nous croyons qu'un grand nombre de troubles trophiques de la sciatique, du moins de celles que nous avons observées, relèvent de ce facteur surajouté. Douleur au début et immobilisation antalgique au début, puis immobilisation plus ou moins complète par pusillanimité ou mauvaise foi et les muscles immobilisés ou peu mobiles perdent leur tonicité, puis s'atrophient; la circulation se fait mal dans la jambe qui se refroidit et se cyanose et voilà créée une physiopathie.

De ce rapide résumé des signes cliniques en vue du diagnostic résulte que, lorsque la bonne foi du sujet est en question, il n'est pas de signes pathognomoniques de la sciatique. Les signes subjectifs : la douleur en dernière analyse nous échappent. Les signes objectifs, lorsqu'ils existent, n'indiquent pas nécessairement une lésion actuelle. Pour faire le diagnostic de la légitimité de la sciatique, il faudra, nous le répétons, multiplier les examens, reproduire les différentes épreuves et essayer de se faire en conscience une idée personnelle.

Le diagnostic de non-existence d'une sciatique sera simplifié lorsque l'examen clinique nous aura décelé une autre affection organique. Il n'entre pas dans les intentions de ce travail d'exposer longuement les affec-

tions succeptibles de simuler plus ou moins la sciatique. Qu'il nous suffise de les rappeler brièvement :

L'arthrite coxo-fémorale se reconnaît à la position du membre (rotation en dedans) ; la douleur localisée à la la hanche et surtout l'ankylose plus ou moins marquée.

L'arthrite sacro-iliaque se manifeste par une douleur très localisée que l'on provoque en essayant de rapprocher les épines iliaques. Il y a quelquefois, d'ailleurs, coexistence de cette affection et de la névralgie sciatique. L'examen radiologique dans ces cas rendra de très grands services.

Le *rhumatisme musculaire* est très souvent incriminé par les malades. Mais la douleur ici est spontanée, sur une grande étendue, sans être limitée au territoire du nerf sciatique. Elle est généralisée aux muscles fléchisseurs et extenseurs, aux adducteurs du membre inférieur. Il y a souvent coexistence d'une douleur dans les épaules ou dans le dos.

Diagnostic topographique. — La névralgie sciatique peut dépendre d'une lésion siégeant sur les racines, le tronc ou les branches du nerf, d'où des formes différentes.

Les signes différentiels ont été suffisamment indiqués à propos des formes cliniques pour qu'il soit nécessaire d'y revenir.

De même nous ne saurons insister sur un diagnostic plus délicat encore entre les formes funiculaires et radiculaires. On sait que pour M. Sicard entre le ganglion et le plexus, les racines du sciatique seraient fréquemment lésées (sciatique funiculaire). La plu-

part des signes que Déjerine rattache à la sciatique radiculaire serait plus légitimement, d'après lui, des signes funiculaires. Le diagnostic différentiel tiendrait surtout dans l'absence de lymphocytose, celle-ci indiquant la réaction méningée radiculaire. M. Sicard invoque comme facteur de la sciatique funiculaire, l'arthrite rhumatismale des trous de conjugaison qui étranglerait à son passage la portion extra-durale de la racine.

Ce serait là un chapitre de ce qu'il a décrit sous le nom de « névrodocite ». Léri et Scheffer adoptent cette opinion. Cependant ces auteurs ont trouvé la lymphocytose dans 13 cas sur 24, mais ils croient la réaction méningée secondaire.

Diagnostic étiologique. — Ce diagnostic, pour le sujet qui nous occupe, se limite à rechercher la syphilis. En effet, nous n'avons jamais observé de sciatique par compression intra-rachidienne ou intra-pelvienne (para-sciatique de Sicard).

La notion topographique (la sciatique radiculaire) sera un argument important en faveur de la syphilis, mais l'argument n'est pas péremptoire. Différents auteurs, en particulier M. Tinel et Mlle Galdenfan ont décrit des scléroses radiculaires tuberculeuses avec ou sans lymphocytose rachidienne.

La syphilis sera recherchée systématiquement par tous les procédés en usage. On pourra la soupçonner même lorsque n'existe pas de lymphocytose rachidienne, même lorsque la réaction de Bordet-Wassermann aura été négative dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien. Un traitement d'épreuve pourra ne pas être inutile.

TRAITEMENT

Devant un malade atteint d'algie sciatique, il faut toujours rechercher avec soin l'étiologie de l'affection qui nous dictera le traitement à appliquer. Il va sans dire que toute sciatique secondaire ou para-sciatique justifierait une thérapeutique appropriée. On fera opérer tout porteur de tumeur du petit bassin ; on soignera le diabète, la tuberculose, le paludisme, la goutte.

La syphilis étant souvent en cause, le traitement antisyphilitique pourra être largement essayé, même quand l'origine spécifique de la sciatique n'est pas absolument évidente. Il donne souvent des résultats les plus satisfaisants.

Lorsque l'origine pottique, syphilitique, diabétique de la sciatique a été écartée et que l'on se trouve en présence d'une névralgie sciatique pure, de nombreuses médications s'offrent au praticien. Tous les agents thérapeutiques ont été essayés dans l'algie sciatique, médicaments internes et agents physiques en application locale.

Nous ne nous arrêterons pas sur la médication interne si riche et si connue de tous : aspirine, phénacétine, salypirine, exalgine, salophène, acétanilide,

aconit. Tous les analgésiques ont été employés avec succès et sans doute aussi avec une certaine infidélité, dont la richesse même de cette médication fait preuve!

Aussi riche et plus varié encore est le traitement externe. Les frictions, les badigeonnages avec différents liniments et baumes, rendent inconstestablement de grands services, en calmant la douleur de la sciatique. Nous ne nous y arrêterons pas davantage, pas plus qu'aux révulsifs. Les agents physiques : pulvérisations, stypages au chlorure de méthyle, au chlorure d'éthyle: agissent comme sédatif par l'action du froid. Dans le même but a été utilisé l'action de la chaleur : compresses chaudes à 50°-60°, bains de vapeur, air chaud, pointes de feu. En ce qui concerne ces dernières, MM. A. Thomas, Lévy-Valensi, Roussy, Barré s'élèvent à juste titre contre l'usage démesuré qu'on fait dans certaines formations de ce mode de traitement. Il fixe dans l'esprit du malade l'existence d'une lésion organique et lui fournit un « certificat » de grande valeur à ses yeux, et dont il peut abuser.

L'électrothérapie sous diverses formes, courant faradique dans les névralgies, courant galvanique dans les névrites avec atrophie musculaires, électricité statique, courant de haute fréquence, est très employée et donne de bons résultats.

Tout récemment, M. Barré a préconisé l'*ionisation* avec diverses *solutions à base d'aconit.* Les succès obtenus seraient des plus encourageants.

La radiothérapie a été essayée par MM. Babinski, Charpentier et Delherm.

M. Touchard et Mme Fabre ont employé le radium en application sur les racines sacrées.

Les *injections hypodermiques* de sérum physiologique et d'air réaliseraient selon M. Sicard « dans l'intimité des tissus ce que l'on cherche à provoquer à la surface du tégument par la vésication, le sinapisme, la pointe de feu ».

MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu admettent « qu'en dehors de l'action physique et dynamique de ces injections, il y a lieu de croire au rôle psychique qui modifie souvent les réactions subjectives des malades ».

Ces derniers auteurs font ces injections au niveau des points douloureux avec la solution de chlorure de sodium à 7,5 p. 1000 ou bien celle de Hayem

Eau distillée bouillie g. s. q.	100 centimètres cubes.
Chlorure de sodium	5 grammes
Sulfate de soude.	10 grammes

à la dose de 5 centimètres cubes, renouvelées plusieurs fois par semaine.

M. Sicard utilise une méthode combinée d'injections *d'eau salée et d'air*. Il injecte dans la première et même séance successivement : 1° Au niveau de la jambe, 800 à 1.200 centimètres cubes d'air. 2° A la partie supérieure de l'échancrure ischio-trochantérienne, 60-80 centimètres cubes d'eau salée à 8 p. 1000 légèrement *novocaïnée* (1 à 2 centimètres cubes de novocaïne). Cette injection est faite le plus près possible du tronc nerveux, sans chercher à y pénétrer, ce qui provoquerait une vive douleur dans toute la jambe et le pied. 3° Au niveau de la région épidurale sacro-lombaire. Ici on enfonce l'aiguille comme

pour une ponction lombaire et on la retire doucement, et dès que le liquide céphalo-rachidien cesse de s'écouler, ce qui prouve que l'on est dans l'espace épidural, on injecte 10-15 centimètres cubes d'eau salée à 8 p. 1000 novocaïnée. On les renouvelle 3, 4, 5 fois à 3 jours d'intervalle et avec une solution légèrement hypertonique (9 à 12 p. 1000).

M. Sicard attache une grande importance aux injections épidurales dans les funiculites, comme seules agissantes sur les racines au niveau du trou de conjugaison.

La guérison surviendrait dans une proportion de 7 à 8 sur 10 sciatiques vraies.

Dans la plupart des névralgies ou névrites vraies, les douleurs cèdent rapidement à une ou deux injections épidurales de novocaïne. Dans les cas de simulation ou d'exagération, cette thérapeutique, au contraire, ne donne aucun résultat.

Dans les sciatiques symptomatiques la douleur s'apaise rapidement par cette méthode, mais le résultat en est passager.

Les *injections anesthésiques de novocaïne* à 1 p. 100 (Roussy), seule ou en association avec la morphine et le chlorure de sodium (Schleich en Allemagne), de même que celles de *stovaïne* au 1/100e, d'*antipyrine*, de *salycilate de soude* (Professeur Bouchard), de *bleu de méthylène*, d'*éther* (Lereboullet) et de *chloroforme* (Besnier) ont donné de bons résultats. Ce dernier combiné au *gaïacol* (Lortat-Jacob et Sabaréanu) est également employé avec succès :

Chloroforme . . . . 10 parties
Gaïacol. . . . . 6 parties.

30 gouttes de ce mélange en injections au niveau des points douloureux le plus profondément possible et répétées tous les 2-3 jours et même tous les jours dans les sciatiques à crises intenses.

Par contre, les injections d'alcool dilué à 60°, ainsi que celles d'acide phénique sont dangereuses et peuvent entraîner la paralysie des membres inférieurs, passagère ou définitive.

MM. André Thomas et Lévy-Valensi rapportent le cas d'un soldat qui subit deux injections *épidurales* d'alcool cocaïné à 15 jours d'intervalle et qui présenta après la deuxième injection (la première fut parfaitement tolérée) une paralysie du membre avec anesthésie qui dura trois semaines, rétention d'urine et constipation opiniâtre.

La thérapeutique dans la sciatique de guerre ne diffère en rien de celle du temps de paix. Cependant un élément d'ordre psychique (changement d'existence et d'ambiance, désir de prolonger le plus possible la vie douce et sans danger de l'arrière) venait aggraver ou entretenir l'affection, la *psychothérapie*, et la *rééducation* doivent s'ajouter au traitement habituel. Les militaires que nous avons pu étudier sont tous passés par de nombreuses formations sanitaires de l'arrière où toute la médication interne et externe leur a été appliquée, et on peut dire sans aucun résultat. Et cependant il ne s'agissait pas dans les cas étudiés de sciatique grave, dont les symptômes objectifs ne laissent pas de doute sur la réalité de l'affection. « En ce qui concerne les cas

de névralgie sciatique qui apparaissent dans la zone de l'armée, il semble acquis, d'après les renseignements obtenus de plusieurs médecins-chefs, qu'ils ne résistent guère à un court passage dans les centres neurologiques de cette zone » (MM. A. Thomas et Levy-Valensi). Cette constatation renferme tout un traitement.

Déjà en octobre 1915, la Société de Neurologie s'appuyant sur les résultats obtenus dans les Centres neuro-psychiatriques des Ie, VIe et Xe armées, avait émis, entre autres vœux, celui : « 1° d'éviter l'évacuation vers l'arrière de sujets atteints de troubles non-organiques ou suspects de simulation et d'exagération, lesquels peuvent être reconnus, traités et guéris plus rapidement dans la zone des armées, comme il appert des résultats déjà obtenus dans les centres existants (Ie, VIe, Xe armées) : 2° Que les militaires suspectés de simuler, d'exagérer ou de prolonger volontairement des troubles nerveux soient dirigés vers des services spéciaux, soumis à la fois à une direction médicale compétente et à une discipline militaire sévère. L'expérience a démontré la valeur de ces mesures dans certains Centres neurologiques où elles ont pu être déjà appliquées. » (Société de Neurol., séance du 21 oct. 1915).

Depuis les exemples se sont multipliés, et dans une nouvelle séance de la « Société de Neurologie de Paris et des Centres neurologiques militaires de France et des pays alliés » (6 et 7 avril 1916), M. Babinski, rapporteur parlant de la conduite à tenir à l'égard des malades, présentant des troubles moteurs, dits « fonctionnels », s'exprima ainsi : « Il y a lieu avant toute décision

médico-militaire de soumettre les blessés atteints de cette variété de troubles de la motilité à un examen prolongé dans un centre neurologique et de mettre en œuvre simultanément tous les traitements psychothérapiques et physiothérapiques appropriés. Mais après l'échec avéré de toutes tentatives thérapeutiques il n'y a pas lieu, semble-t-il, dans tous les cas où la réalité des troubles physiologiques a été bien établie, de prolonger indéfiniment l'hospitalisation. Des congés de convalescence pourront être accordés, mais à condition que les malades, à l'expiration de ces congés, soient renvoyés aux fins d'examens ou de nouveaux traitements dans le même centre neurologique. Dans les cas tenaces on pourra proposer une réforme, mais celle-ci devra toujours être temporaire » (Société de Neurologie, 6 et 7 avril 1916).

Ce sont ces sciatalgiques, échappés à la zone des armées par un congé de convalescence, à la fin duquel ils retombent généralement malades, qui après une odyssée plus ou moins longue à travers les hôpitaux, arrivent enfin dans les Centres neurologiques de l'arrière où le dernier mode de traitement ; la *psychothérapie* et la *rééducation* leurs sont appliqués.

La *psychothérapie* n'a d'autre but que de dissiper dans l'esprit du malade l'idée d'une lésion organique et de lui démontrer que c'est par sa propre volonté qu'il pourra guérir. Le médecin aura à soutenir par la persuasion, « par la causerie explicative », l'effort du malade, en lui faisant « mesurer, selon l'expression de Brissaud, le terrain gagné petit à petit, en

le contraignant à la soumission souscrite d'avance. »

Quelquefois, selon le sujet, on est obligé d'avoir recours à une méthode plus sévère, aux menaces et punitions disciplinaires.

Par *l'isolement* qui comporte en même temps la suppression de correspondance, de permissions et de visite, on cherche à soustraire le malade à toute influence extérieure (famille, camarades, pithiatiques) susceptible de lui suggérer ou d'entretenir dans son esprit de fausses idées. En même temps on stimule par les privations qu'on lui impose la volonté de guérir. Petit à petit, et suivant la marche de l'amélioration, on adoucit l'isolement et le malade reprend sa place dans la salle commune.

La rééducation des mouvements et la mobilisation est un traitement des plus efficaces. Il s'agit par la mobilisation progressive des articulations de vaincre les contractures des muscles périarticulaires. Aux mouvements actifs (flexion, extension, adduction, abduction) de la cuisse, de la jambe et du pied, on ajoutera quelques exercices, par exemple, sauter sur place les pieds joints, monter sur une chaise et en descendre, marcher à grands pas, etc., exercices qui peuvent varier selon l'imagination du médecin. La durée des séances devra être courte et cesser dès qu'on s'apercevra que le malade souffre ou qu'il est fatigué.

Les progrès de la rééducation sont variables suivant l'individu, sa bonne volonté, l'ancienneté de l'affection. Appliquée avec patience et persévérance, cette méthode donnera souvent les résultats les plus encourageants.

OBSERVATIONS (1)

Observation I

J... Jean, 45 ans, 144e régiment d'infanterie. Névralgie sciatique gauche.

Commémoratifs : *Première crise douloureuse* du membre gauche dans le courant de l'*hiver 1913-1914*. Mobilisé en novembre 1914 dans le service armé, mais ne part au front qu'en janvier 1915. Huit jours dans la Somme. Evacué à l'hôpital de Doullens pour bronchite. Ensuite à Nantes un mois. Convalescence. Dépôt. *Octobre 1915, crise de sciatique gauche*, 21 jours à l'infirmerie. Trois semaines à l'hôpital. Déclaré inapte en décembre 1915. Soigné 3 mois à l'hôpital de la Rochelle. Rejoint sa compagnie. En janvier 1918, pendant une permission exceptionnelle de 3 jours (femme malade) se fait hospitaliser à Enghien pour congestion pulmonaire (2 mois). Dépôt. Versé dans les trains des équipages. En juillet 1918, hospitalisé à Rochefort-en-Yveline pour *névrite sciatique gauche* (3e crise depuis 1913-1914). Cinq semaines. Evacué sur le centre physiothérapique d'Enghien. En septembre 1918, Centre neurologique de Villejuif.

Etat actuel :

Station debout : s'appuie légèrement sur le talon. Jambe en légère flexion. Pas de rotation.

(1) Observations personnelles prises à la consultation du Grand-Palais et dans le centre neurologique de l'Hospice Départemental de Villejuif, sous la direction de MM. les Docteurs André-Thomas et Lévy-Valensi.

Marche : même attitude. Pas de claudication.

Scoliose à concavité lombaire droite.

Epreuves d'élongation du nerf. Position debout : Signe de Néri positif.

Position couchée : Signe de Lasègue positif dans le décubitus dorsal.

Position assise : Flexion de la cuisse et de la jambe. Flexion exercée sur le genou fléchi est douloureuse.

Signe de Bonnet, positif.

Points de Valleix, douloureux.

Pincement du tendon d'Achille, douloureux.

Percussion du calcaneum, de la malléole externe et du dos du pied, légèrement douloureuse.

Troubles de la sensibilité : hypoesthésie à la face postéro-externe de la cuisse, de la jambe, de la malléole externe.

Hypotonie : le talon gauche touche facilement la fesse.

Atrophie musculaire : un centimètre au mollet, au-dessus du genou et à la cuisse.

Cyanose, hypothermie : légères.

Troubles de la réflectivité : réflexe achilléen diminué à gauche, rotuliens égaux ; médio-plantaire diminué ; plantaire cutané, pas de réponse à gauche.

Abdominaux et crémastériens, normaux. Pas de troubles trophiques. Leucoplasie buccale. Pas d'Argyll. Wassermann, négatif.

Observation II.

C... François, 33 ans. Sergent au 320e d'Infanterie. Sciatique radiculaire gauche.

Commémoratifs : Mobilisé le 4 août 1914 dans le service armé. En décembre 1917, hospitalisé à l'ambulance 11/4 de Commercy pour « rhumatisme articulaire subaigu, contracté au cours des opérations ». (Avait passé l'hiver 1916-1917 en

Alsace couchant dans la neige). Atteinte des deux genoux, des pieds et des deux bras. Convalescence. Pouvait à peine marcher à cette époque. Passe sa convalescence au lit. Hospitalisé à Bégin. Soigné pour « douleurs des membres inférieurs à forme névritique ». Salicylate de soude. Frictions. Reste 2 mois. Evacué au Grand Palais, en juin. Hôpital auxiliaire 45 à Enghien, 3 mois. Massage, bains galvaniques, air chaud. En septembre 1918, évacué au Centre neurologique de Villejuif.

Etat actuel : Station debout : s'appuie sur toute la plante du pied. Légère rotation externe. Démarche : claudication. Scoliose homologue.

Epreuves d'élongation du nerf : Signe de Néri, positif; Lasègue dans la position dorsale, positif. Signe de Bonnet, positif.

Percussion du calcaneum, négative.

Points de Valleix, douloureux.

Douleur exagérée par la toux.

Troubles de la sensibilité : anesthésie à topographie radiculaire.

Hypotonie très marquée dans les positions dorsale et ventrale.

Amyotrophie, 4 centimètres à la cuisse; 5 centimètres au mollet.

Cyanose et hypothermie.

Troubles de la réflectivité. Réflexe achilléen diminué. Le rétro-malléolaire (Barré) plus faible à gauche. Rotulien plus brusque à gauche. Cutané plantaire en flexion. Abdominaux et crémastériens, normaux.

Pas de troubles trophiques. Diminution de la force musculaire (résistance à l'abduction du membre).

Ponction lombaire : lymphocytose (4 par millimètre cube) (1). Légère hyperalbuminose. Wassermann, négatif.

(1) Tous nos examens de liquide céphalo-rachidien ont été faits au moyen de la cellule de Nageotte et du rachi-albuminimètre de Sicard et Cantaloube.

Observation III.

A..., 39 ans.

Reliquat de névralgie sciatique droite. Exagération des signes fonctionnels.

Mobilisé en 1914. De 1914 à 1916, trois crises de colique néphrétique. Evacué pour la 4e fois pour coliques néphrétiques et sciatique droite en juin 1917. La fiche portait à cette date : « Névrite sciatique droite avec signe de Lasègue, abaissement du pli fessier, amyotrophie de 4 centimètres à la cuisse, 2 centimètres à la jambe. Gêne accentuée à la marche (13 mois au front). »

Soigné à Châlons. Ambulance dans l'Allier. Centre de réformes. Réformé pour un an. Grand Palais. Centre neurologique de Villejuif.

Etat actuel : Démarche claudicante. Station debout : se tient sur le pointe du pied. Tremblement du pied droit au repos.

Epreuves d'élongation du nerf : signe de Néri, négatif; signe de Bonnet, négatif. Signe de Lasègue positif dans les mouvements classiques seulement. Percussion du calcaneum, de la malléole externe du dos du pied, négative.

Troubles de la sensibilité : légère hypoésthésie de la face postéro-externe de la jambe.

Amyotrophie, 1 centimètre à la cuisse et à la jambe.

Pas d'hypotonie. Pas de cyanose, ni d'hypothermie. Pas de troubles trophiques. :

Réflectivité : Réflexe achilléen, diminué à droite. Rotuliens, normaux. Abdominaux, crémastériens, normaux.

Examen du liquide céphalo-rachidien, négatif.

Réaction de Bordet-Wassermann, négative.

Réactions électriques, normales.

Observation IV.

B..., Charles, 21 ans. 82e d'artillerie lourde.

Reliquat de sciatique gauche. Persévération.

Commémoratifs : Mobilisé en août 1916. Commotion en juillet 1917. Evacué sur Dieppe (un mois) Rouen (un mois). Retourné au front. Crise douloureuse de sciatique gauch e. Soigné dans une formation de l'avant. Convalescence. Se fait porter malade. Soigné à Aubervilliers (2 mois). Evacué après la visite d'un Médecin inspecteur. Convalescence. Hospitalisé à nouveau à St-Denis (2 mois) Enghien (1 mois) Bordeaux. Dax (cure de boue). Bayonne. Convalescence. St-Denis. Grand Palais.

Etat actuel : Station debout hanchée. Démarche : claudication. Scoliose homologue très peu marquée.

Epreuves d'élongation du nerf. Dans la station debout : Signe de Néri, négatif.

Dans l'acte de ramasser un objet par terre, fléchit la jambe droite (c'est une sciatique gauche qu'il prétend avoir).

Dans la position assise : (signe de Kœrnig) négative.

Dans la position couchée : Signe de Lasègue classique positif; signe de Lasègue détourné, douleur à peine accusée à gauche.

Points de Valleix, positifs.

Troubles de la sensibilité : Anesthésie segmentaire du membre gauche.

Pas d'hypotonie. Amyotrophie légère. Ni cyanose, ni hypothermie.

Réflectivité normale.

Pas d'Argyll. Pas de leucoplasie. Wassermann négatif.

Observation V.

S... Prosper, 38 ans, 8e Génie. Névralgie sciatique droite.

Commémoratifs : Mobilisé en août 1914. Première atteinte de sciatique en décembre 1914. Hospitalisé à l'arrière, un mois. 2e atteinte ,fin juillet 1918. Hospitalisé. Grand Palais.

Etat actuel : Station debout : s'appuie sur le talon droit ; hanché sur le côté sain. Membre droit demi-fléchi. Scoliose à concavité gauche.

Démarche légèrement claudicante. Membre droit en flexion et rotation externe.

Epreuves d'élongation du nerf. Signe de Néri, positif. Ramasse un objet par terre en fléchissant la jambe droite. Position couchée : signe de Lasègue, positif.

Position assise, signe de Kœrnig, négatif. Douleur exagérée par la toux.

Réflectivité : réflexe achilléen, légèrement diminué ; rotulien, normal ; médio-plantaire normal. Hypotonie, légère à droite dans la flexion de la jambe sur la cuisse dans la position dorsale, de même que dans le décubitus abdominal. Examen électrique : hypo-excitabilité dans le territoire du nerf sciatique droit.

Pupilles égales. Pas d'Argyll. Légère leucoplasie buccale. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, négative.

Observation VI.

M... Antoine, 28 ans. Névralgie sciatique gauche.

Commémoratifs : Mobilisé en 1914. En janvier 1915, fièvre typhoïde suivie de sciatique en avril. Immobilisé pendant 4 mois. Convalescence. Dépôt (5 mois). Réforme temporaire en février 1916. Repris dans le service auxiliaire en 1917. Nouvelle crise. Hospitalisation. Convalescence. Grand Palais.

Etat actuel. Station debout : se tient sur le talon gauche avec demi-flexion de la jambe; rotation externe. Démarche, même attitude sans s'appuyer sur le talon gauche. Légère scoliose à concavité gauche.

Signe de Lasègue dans la position dorsale, positif.

Pour les autres épreuves, réponses fantaisistes, accusant la même sensation dans la flexion que dans l'extension. La jambe reste à demi-fléchie. Points de Valleix diffus.

Réflectivité : réflexe achilléen, normal. Rotulien plus vif à gauche. Tous les autres existent et sont vifs.

Sensibilité : légère hypéresthésie dans le territoire du sciatique gauche.

Atrophie musculaire, légère et disproportionnée avec la date de la sciatique.

Examen oculaire : pas d'inégalité pupillaire. Pas d'Argyll.

Examen des urines : ni sucre, ni albumine.

Observation VII.

B... 37 ans. 5e artillerie lourde. Névralgie sciatique gauche.

Commémoratifs : Mobilisé en août 1914. Première atteinte en mars 1915. Plusieurs ambulances jusqu'en août 1915. Déclaré inapte. Convalescence. Dépôt. Nouvelle crise et rhumatisme articulaire. Infirmerie. Evacué sur Castres. Différentes formations sanitaires de l'intérieur. Dépôt de convalescence. La Place l'adresse à la consultation au Grand Palais.

État actuel : Station debout : s'appuie sur le talon antérieur. Marche en boitant.

Signe de Lasègue très atténué dans la position dorsale. Signe de Néri, négatif.

Douleur très minime par la pression sur le trajet du sciatique.

Troubles de la sensibilité : hypoesthésie plantaire gauche,

avec zone d'hypoesthésie à la face dorsale du pied et sur la face externe de la jambe.

Réflectivité : réflexes rotuliens, égaux.

Achilléen, diminué à gauche.

Crémastériens, abdominaux, existent égaux.

Examen électrique, réactions galvanique et faradique conservées. Pas de R. D. dans le territoire des nerfs sciatiques droit et gauche.

Ponction lombaire : ni albumine, ni lymphocytose.

Observation VIII.

G..., 43 ans. Engagé dans la Légion Etrangère.

Commémoratifs : A fait campagne jusqu'en janvier 1916; Evacué pour douleur dans le membre inférieur gauche et côté droit. Différentes étapes dans les formations sanitaires avec retour très court au front. Finalement la Place l'adresse à la consultation au Grand Palais.

Etat actuel : accuse des douleurs sur le trajet du sciatique gauhce.

Les épreuves d'élongation du nerf dans les positions debout et assise sont négatives. Seul le signe de Lasègue dans le décubitus dorsal est positif.

Sensibilité, rien de net. Zones d'hypoesthésie ne répondant à aucun territoire nerveux.

Réflectivité : tous les réflexes sont conservés et égaux. Pas d'atrophie musculaire.

Pupilles égales. Pas d'Argyll. Pas de leucoplasie buccale.

Examen du liquide céphalo-rachidien, négatif.

Réaction Bordet-Wassermann, négative.

Observation IX.

G... Victor, 44 ans. 10e Régiment d'Artillerie à pied.

Commémoratifs : Mobilisé en août 1914. A fait campagne

jusqu'en novembre 1915. A cette époque, douleurs dans la région lombaire, fessière et dans les cuisses. Après diverses évacuations, hospitalisé à Toulon. Convalescence. Dépôt. Grand Palais.

Etat actuel : douleurs dans la région lombaire et dans le domaine du crural. Points douloureux à la pression : fessier, sacro-iliaque, point du nerf crural. Douleurs accrues par la toux et éternuement.

Attitude. — Légère flexion en avant. Mais le malade a normalement un certain degré de plicature professionnelle (cultivateur).

Pas de scoliose.

Epreuves d'élongation du nerf. — Négatives.

Réflectivité. — Tous les réflexes sont normaux.

Sensibilité. — Non schématisée. Troubles variables, sans doute fonctionnels. Anesthésie plantaire bilatérale; légère anesthésie intercostale gauche.

Sphincters. — Vésical, normal; rectal, prétend avoir de la constipation opiniâtre.

Pupilles égales. Réaction normale.

Parole lente, saccadée, légèrement bredouillante, rappelle la parole des P. G. Tremblements fibrillaires. Les troubles de la parole dateraient de quelques mois. Mémoire pas diminuée. Quelques erreurs dans le calcul.

Examen du liquide céphalo-rachidien : ni lymphocytose; ni hyper-albuminose.

Observation X.

P.... 46 ans, 7e Génie. Sciatique radiculaire gauche. Première atteinte en juillet 1915. Six semaines d'hospitalisation à cette époque. 2e crise en septembre 1916. Diverses formations sanitaires. Convalescence. Versé dans le service auxiliaire. Nouvelle crise en octobre 1917. Après diverses

hospitalisations, arrive au Grand Palais. Evacué sur le centre neurologique de Villejuif.

A l'examen. — Douleur sur tout le trajet du sciatique gauche ; exagérée par la toux et la défécation.

Station debout : hanchée ; scoliose homologue.

Signe de Néri, positif. Lasègue dans la position couchée et Lasègue détourné : positifs. Dans la position assise, la pression sur le genou fléchi détermine une vive douleur.

Réflectiyité. — Réflexe aehilléen aboli à gauche. Réflexe rotulien moins vif du même côté. Médio-plantaire diminué. Crémastérien, abdominal existent. Anesthésie dans le domaine des S^1 et S^2. Amiotrophie de la cuisse : 1 cent. 1/2. Pas à la jambe.

Ponction lombaire : lymphocytose (6 par millimètre cube). Albumine, 1 gr. 5.

Observation XI.

M... Léon, 43 ans. Sciatique radiculaire gauche. N'a pas été au front. Service auxiliaire. Début en août 1917 par des douleurs dans la région lombaire et la fesse. Soigné à l'infirmerie. Divers hôpitaux. Subit deux injections épidurales par ponction lombaire. Prétend avoir eu après la seconde rétention d'urines et des matières. Impuissance génitale pendant un mois 1/2. Consultation du Grand Palais.

Etat actuel : Marche en boitant.

Dans la position à genoux : pied tombant (signe de l'équerre).

Signe de Lasègue : positif dans toutes les épreuves.

Hypoesthésie à la piqûre pour tout le membre gauche avec anesthésie pour la fesse et l'anus.

Hypotonie très marquée dans la flexion de la cuisse, de la jambe et du pied.

Atrophie de la cuisse et de la jambe.

Réflectivité : Réflexes achilléen, rotulien médio-plantaire abolis, à gauche.

Ponction lombaire : lymphocytose (6,8 par mill. cube). Hyperalbuminose.

Electro-diagnostic : Paralysie sciatique.

Observation XII.

G... Pierre, 28 ans, soldat. Sciatique droite.

Commémoratifs : Première crise douloureuse, fin 1916. Evacuations : Biarritz, Dax (bains de boue). Convalescence (2 mois). Dépôt. Déclaré inapte à St-Brieuc. Centre neurologique de Rennes. A la consultation, on dit coxalgie et non sciatique. Vu par des chirurgiens qui déclarent sciatique et non coxalgie. Grand Palais. Enghien (bains sulfureux). Consultation du Grand Palais du Docteur André-Thomas, puis centre neurologique de Villejuif.

Etat actuel : douleurs mal caractérisées du côté du sciatique droit, de l'épaule, du coude, de la hanche et du genou. La mobilisation des différentes articulations est douloureuse avec craquements au genou. Douleurs également par la pression du sciatique droit, à la cuisse.

Marche : en boitant, avec une canne, la jambe en demi-flexion sur la cuisse. Exagération manifeste. Scoliose homologue très marquée.

Epreuves d'élongation du nerf : Lasègue classique, seul positif. Lasègue détourné (extension des deux membres à la fois), négatif. Dans la flexion du corps en avant et agenouillement, pas de limitation des mouvements.

Réflectivité : réflexe achilléen droit, légèrement diminué. Les autres réflexes sont normaux. Amyotrophie : 1 centimètre et demi à la cuisse, 1 centimètre à la jambe. Hypothermie. Pas de leucoplasie. Pas de troubles pupillaires. Ponction lombaire : liquide normal. Wassermann, négatif.

Observation XII.

T... Jules, 30 ans, 5e Artillerie à Pied. Névralgie sciatique droite.

Commémoratifs : Accident en juin 1917. Etant dans une équipe de fenaison, tombe d'un grenier de 4 mètres de haut. Luxation de la rotule gauche. 8 jours après sa chute, accuse des douleurs sur le trajet du sciatique droit. Soigné dans la Manche. En septembre, évacué sur le Centre physiothérapique de Rennes. Demande à se rapprocher de chez lui. Grand Palais.

Etat actuel : Marche en boitant, fléchissant la jambe droite, Station debout, hanchée. Epreuves d'élongation du nerf Debout (signe de Néri) positif. Flexion du tronc en avant, légèrement limitée. Signe de Bonnet, peu accentué. Pli fessier légèrement abaissé à droite. Pas d'atrophie musculaire notable à la palpation. Pas de cyanose. Pas d'hypothermie.

Réflectivité : réflexe achilléen diminué à droite. Les autres sont normaux.

Pupilles égales. Pas d'Argyll. Pas de leucoplasie. Liquide céphalo-rachidien : hypertension, ni lymphocytose, ni hyperalbuminose.

Examen électrique : réactions motrices sensiblement normales aux deux modes (galvanique et faradique). La fiche de l'examen électrique porte la note suivante : « NB. le malade se plaint surtout de troubles sensitifs. Ils ne sont guère appréciables à l'électro-diagnostic. »

Observation XIV.

J... Alexandre, 30 ans, 52e Bataillon de Chasseurs Alpins. Sciatique droite.

Commémoratifs : Bonne santé habituelle. Pas de sciatique antérieure. Mobilisé en août 1914. Au front jusqu'en mai 1916. A cette époque : première crise. Diverses forma-

tions sanitaires ; dans un Centre neurologique soigné par protoiodure de mercure et massage.

Etat actuel : Attitudes normales. Léger abaissement du pli fessier à droite. Accuse de la douleur spontanée dans la position assise, à la fesse, et dans la flexion en avant.

Épreuves de l'élongation du nerf : Signe de Néri, négatif. Dans l'hyperflexion, flexion combinée de la cuisse et de la jambe. Lasegue dans la position dorsale, positif. Dans la position assise (Signe de Kœrnig), pas très net. Dans la position accroupie (signe de Carriere), pas de douleurs. Sensibilité normale. Pas d'atrophie musculaire, sauf pour la fesse droite.

Réflectivité : réflexe achilléen diminué à droite. Même inégalité pour les réflexes idio-musculaires des jumeaux. Réflexes rotuliens normaux. Crémastérien, abdominal, normaux.

Pupilles égales. Pas d'Argyll. Pas de leucoplasie. Examen des urines, ni sucre, ni albumine. Ponction lombaire, liquide céphalo-rachidien normal.

Observation XV.

F... 38 ans. Capitaine. Sciatique radiculaire gauche.

Commémoratifs : A fait campagne depuis le début. Pas de paludisme. Pas de syphilis avouée. Chute de cheval en mai 1916 sur la fesse gauche. Douleurs locales. Fatigues, Intempéries. Douleurs continues avec crises paroxystiques. Difficulté de la marche. Evacuation. Convalescence. Place.

Etat actuel : Station, rien de particulier. Pli fessier, légèrement abaissé.

Epreuves d'élongations du nerf : positives dans le décubitus dorsal, dans la flexion du tronc en avant, dans la position assise. Douleur augmentée par la toux et éternuement.

Bande d'hypoesthésie à la cuisse.

Réflectivité : réflexes achilléen, médio-plantaire, abolis à gauche. Les autres, sensiblement normaux.

Légère atrophie de la cuisse (1 centimètre).

Pupilles normales. Pas d'Argyll ; leucoplasie buccale.

Ponction lombaire : négative ; ni albumine, ni lymphocytose.

Réaction Bordet-Wassermann, dans le sang H^3.

Grande amélioration par le traitement (bi-iodure de mercure).

Observation XVI.

G..., 33 ans, caporal, 1er Génie. Sciatique gauche, datant de 11 mois.

Pas de sciatique antérieure. A fait campagne 22 mois, sans maladie, ni blessure. Depuis la première crise, nombreuses évacuations.

Etat actuel : Station debout, hanchée à droite avec flexion de la jambe gauche. Légère scoliose croisée.

Epreuves d'élongation du nerf : positives dans la flexion en avant et la position couchée. Point fessier et point crural.

Tonus musculaire, diminué seulement pour la flexion de la jambe dans la position dorsale. Ballottement du pied plus net à gauche.

Réflectivité : réflexe achilléen diminué à gauche. Rotulien, plus vif à gauche.

Abdominal, crémastérien, fessier, faibles à gauche. Anal plantaire, cutané, diminués à gauche.

Ponction lombaire : ni lymphocytose, ni hyperalbuminose. Réaction Bordet-Wassermann faiblement positive.

Electro-diagnostic : diminution très légère de l'excitabilité faradique du muscle jumeau interne. Les autres muscles se contractent normalement.

Observation XVII.

R..., 45 ans. Automobiliste. Sciatique droite.

Commémoratifs : A 25 ans, syphilis. Soigné au protoïodure de mercure peu de temps. Première atteinte de sciatique à 39 ans; 2e crise à 44 ans. Evacuation. Diverses formations sanitaires. Grand Palais.

Etat actuel : Marche en boitant avec une canne. Station debout hanchée.

Epreuves d'élongation du nerf : positives dans la position couchée et dans la flexion du tronc en avant.

Amyotrophie, légère du côté droit.

Réflectivité : réflexe achilléen aboli à droite. Médio-plantaire, diminué du même côté. Rotulien, abdominal, crémastérien, normaux.

Electro-diagnostic : pas de modification des excitabilités électriques du nerf et des muscles.

Observation XVIII (1).

D..., Victorien, 43 ans, 4e Régiment du Génie. Sciatique gauche.

Commémoratifs : Première crise douloureuse au membre inférieur gauche en 1902. En 1915, immobilité pendant 5 mois par une nouvelle crise. Depuis cette époque, le membre gauche reste faible et empêche le malade de faire des efforts physiques importants. En juillet 1913, crise douloureuse assez intense ayant nécessité l'évacuation du malade.

Etat actuel : Troubles subjectifs : troubles douloureux dans la continuité du membre inférieur gauche, augmentant par les efforts, par la marche et les mouvements répétés.

(1) Les observations numérotées de XVIII à XXVIII nous ont été communiquées par M. le Professeur Roussy et M. Cornil, du Centre Neurologique de la VIIe Région auxquels nous exprimons nos vifs remerciements.

Station debout : appui du corps sur le membre inférieur droit, genou gauche demi-fléchi. Ebauche de scoliose lombo-dorsale à convexité gauche.

Démarche : claudication par insuffisance d'appui sur le membre gauche.

Epreuves d'élongation du nerf : Position debout, signe de Néri, positif. Position couchée : signe de Lasègue, positif. Position assise : signe de Kœrnig, négatif.

Troubles objectifs de la sensibilité : hypoalgésie et hypoesthésie sur la plus grande étendue de la face postérieure de la cuisse et de la jambe.

Atrophie musculaire : pseudo-hypertrophie du segment jambier du membre gauche (à noter l'existence de gros paquets variqueux).

Réflectivité : réflexe rotulien gauche, diminué (à noter que dans la crise actuelle ont existé des douleurs localisées à la face antérieure de la cuisse gauche indiquant une participation possible du crural.

Réflexe achilléen, nettement diminué à gauche.

Pupilles égales. Réaction normale.

Urines, ni sucre, ni albumine.

Ponction lombaire : hypertension. Hyperalbuminose légère. Lymphocytose (4 à 8 par champ). Réaction de Wassermann, négative.

Observation XIX.

B..., Auguste, sergent, 31 ans, 3e Bataillon de marche d'Afrique.

Diagnostic : sciatique gauche.

Commémoratifs : Le malade était au front quand il a commencé à souffrir de son membre inférieur droit dans sa continuité. A pu tenir jusqu'au 26 juillet 1918. A ce moment il ne pouvait plus marcher. A été évacué.

État actuel :

1° Station debout : normale.

2° Démarche : Boiterie par insuffisance d'appui sur le pied droit sur le sol.

Dans le pas droit le pied traîne sur le sol.

Épreuves d'élongation du nerf : en position debout : positive.

En flexion latérale : positive.

En position assise : positive.

Troubles de la sensibilité :

a) Subjectif : douleurs continues spontanées augmentant par les mouvements.

b) Objectifs : nuls.

Troubles de la réflectivité :

Réflexes rotuliens : égaux. Achilléens : égaux, normaux. Médio-plantaires : normaux.

Atrophie musculaire nulle au membre inférieur droit.

Après un traitement psycho-faradique accompagné de deux injections épidurales, les troubles douloureux ont à peu près totalement disparu et la marche est devenue normale.

Observation XX.

Y... Célestin, 44 ans, 7e section C. O. A.

Diagnostic : sciatique gauche.

Les douleurs ont débuté le premier juin 1918, le malade étant mobilisé dans une usine. Il a cessé son travail le 16 juillet 1918.

Etat actuel :

Station debout : normale.

Démarche : avec claudication marquée par insuffisance d'appui du membre inférieur gauche.

Épreuve d'élongation du nerf : Position debout : positive. Flexion latérale : positive. Position assise : positive.

Atrophie musculaire sensible du membre inférieur gauche surtout dans le segment jambier.

Troubles de la sensibilité :

a) Subjectifs : douleurs presque constantes très intenses avec exagérations intermittentes.

b) Objectifs : nuls.

Troubles de la réflectivité :

Réflexes rotuliens égaux. Achilléens : abolition presque totale du gauche.

Pupilles : égales, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation.

Ponction lombaire : tension normale. Hyperalbuminose moyenne. Lymphocytose normale.

Réaction de Wassermann (H3).

Amélioré très sensiblement par traitement psycho-faradique appuyé d'injections épidurales.

Observation XXI.

T... Jules, 41 ans, 6e Section d'Infirmiers.

Diagnostic : sciatique gauche.

Commémoratifs : Aucun trouble douloureux jusqu'en juillet 1918. Le 10 juillet, douleurs dans la région lombaire, qui 2 jours plus tard ont irradié dans la continuité du membre inférieur gauche. Évacué le 13 juillet 1918.

État actuel :

Troubles subjectifs : douleurs continues s'étendant à la face postérieure du membre inférieur gauche, augmentant par les mouvements et par les intempéries.

Station debout : appui du corps sur le membre inférieur droit. Ébauche de flexion du genou gauche.

Démarche : forte claudication par insuffisance d'appui sur le membre inférieur gauche qui ne prend contact avec le sol que par le talon antérieur.

Épreuves d'élongation du nerf :

1° Position debout (signe de Néri) positive.

2° Flexion latérale du tronc : négative.

3° Position couchée (signe de Lasègue) positive.

4° Position assise (signe de Kœrnig) positive.

Atrophie musculaire apparente du membre inférieur gauche au segment jambier.

Troubles objectifs de la sensibilité : légère hypoalgésie de la face postérieure du membre inférieur gauche.

Troubles de la réflectivité : réflexe rotulien : diminué à gauche.

Forte diminution du réflexe achilléen droit, abolition du réflexe médio-plantaire droit.

Examen oculaire : pupilles égales, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation.

Examen des urines : sucre : néant. Albumine : néant.

Ponction lombaire : tension normale. Hyperalbuminose légère. Lymphocytose, 2 à 9 par champ.

Réaction de Wassermann, négative.

Amélioration rapide par traitement psycho-faradique.

Observation XXII.

M... Pierre, 42 ans, 7e Régiment d'Infanterie Territ.

Diagnostic : sciatique gauche.

Commémoratifs : Première crise douloureuse au membre inférieur droit, fin février 1918, est évacué. Retourné au front le 2 mai. A fait son service jusqu'au 18 juillet.

A ce moment reprise des troubles douloureux du côté gauche nécessitant son évacuation.

État actuel.

Troubles objectifs :

Douleurs spontanées dans le membre inférieur gauche augmentées par les mouvements.

Station debout : normale.

Démarche : légère claudication par insuffisance d'appui sur le membre inférieur gauche.

Motilité passive et active : normales.

Epreuves d'élongation du nerf sciatique :

1° Position debout (signe de Néri) légèrement positive.

2° Flexion latérale du tronc : négative.

3° Position assise (signe de Kœrnig) légèrement positive.

4° Position couchée (signe de Lasègue) légèrement positive.

Atrophie musculaire : nulle.

Troubles objectifs de la sensibilité : légère hypoesthésie avec hyperalgésie à la face postérieure de la jambe gauche.

Troubles de la réflectivité : réflexes rotuliens, égaux. Achilléens, égaux.

Examen oculaire : pupilles égales en myosis, réagissant normalement à l'accommodation, la gauche réagissant un peu paresseusement à la lumière.

Examen des urines : sucre, néant. Albumine, néant.

Ponction lombaire : hypertension. Liquide en jet. Hyperalbuminose légère.

Lymphocytose : 1 à 4 par champ.

Réaction de Wassermann : négative.

Observation XXIII.

G... Joseph, 42 ans. 16e E. T. E. M.

Diagnostic : sciatique droite.

Commémoratifs : Début des troubles douloureux vers la fin de mars 1918, membre inférieur droit. A fait son service jusqu'au 20 juillet. A ce moment, augmentation des douleurs ; ne pouvait plus marcher ; évacué le 10 août 1918.

Etat actuel : Troubles subjectifs, douleurs continues ; les crises douloureuses surviennent le plus souvent spontanément en dehors de toute mobilisation.

Localisation des douleurs : légèrement à la fesse mais sur-

tout face postéro-externe de la jambe et bord externe du pied, territoire sensitif correspondant au territoire sensitif de L^5.

Épreuves d'élongation du nerf sciatique :

Position debout : impossible à rechercher,

Position couchée : flexion du membre malade positive.

Passage dans la position assise : positive.

Troubles de la station debout : la station debout est possible mais ne peut être conservée longtemps, l'appui sur le membre inférieur droit est nul.

Démarche : est presque impossible avec forte claudication.

Troubles objectifs de la sensibilité : Hyperesthésie du membre inférieur droit.

Atrophie musculaire : nulle.

Troubles de la réflectivité : rotuliens sensiblement égaux. Achilléens et médio-plantaires : abolition à droite.

Examen oculaire : pupilles égales à réactions normales.

Dès les premières séances de traitement psycho-faradiques, amélioration très notable : le malade qui a été amené couché peut désormais marcher. Au bout d'une semaine marche presque sans boiter, à la condition de ne pas aller jusqu'à la fatigue.

Observation XXIV.

L... Victor, 31 ans, 2e Régiment du Génie.

Diagnostic : sciatique droite.

Commémoratifs : En février 1916, a eu les pieds gelés. En juillet 1917, troubles douloureux dans le membre inférieur droit. La dernière crise douloureuse a débuté le 5 juillet motivant l'évacuation le 15 du même mois.

Etat actuel :

Troubles subjectifs : douleurs spontanées au membre inférieur droit (face postérieure) à localisation basse (creux

poplité et mollet). Douleurs augmentant par la marche ou les fatigues.

Station debout : normale.

Démarche : claudication par insuffisance d'appui sur le membre inférieur droit.

Epreuves d'élongation du nerf sciatique :

1° Position debout (signe de Néri) : légèrement positive.

2° Flexion latérale du tronc : positive.

3° Position assise (signe de Kœrnig) positive.

4° Position couchée (signe de Lasègue) positive.

Pas d'atrophie musculaire nettement apparente.

Troubles objectifs de la sensibilité : peut-être un peu d'hypoesthésie et d'hypoalgésie sur la face postérieure du membre inférieur droit.

Troubles de la réflectivité : diminution du réflexe rotulien du côté malade. (A noter qu'il ne semble pas y avoir eu dans ce cas une atteinte du crural).

Réflexes achilléens : abolition sub-totale du réflexe achilléen gauche et totale du réflexe achilléen droit (abolition des deux médio-plantaires).

Examen oculaire : pupilles égales réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation.

Réflexe bulbo-caverneux : aboli.

Examen des urines : sucre : néant. Albumine : néant.

Ponction lombaire : tension : normale. Hyperalbuminose légère, 10 à 15 lymphocytes par champ.

Réaction de Wassermann : douteuse plutôt négative.

Observation XXV.

G... Marius-André, 26 ans, 70e A.L.G.P.

Diagnostic : sciatique gauche.

Commémoratifs : Troubles douloureux depuis le 20 mai 1918. Atténuation consécutive suivie de reprise.

A été en traitement pour spécificité. Hospitalisé à Vitry-le-François le 24 juin. Evacué le 15 août 1918.

Etat actuel : Troubles subjectifs : Troubles douloureux, spontanés survenant même dans la position couchée, à heure régulière.

Localisation des troubles douloureux : Creux poplité et talon gauches.

Station debout : légère attitude vicieuse en scoliose lombo-dorsale à convexité gauche.

Démarche : claudication par insuffisance d'appui sur le membre inférieur gauche.

Manœuvres d'élongation du nerf sciatique :

1° Position debout : Flexion antérieure du tronc : positive.

Flexion latérale du tronc : négative.

Position couchée : flexion du membre malade : positive.

Passage dans la position assise : positive.

Troubles objectifs de la sensibilité : Hypoalgésie et hypoesthésie sur les territoires fémoral et jambier du nerf sciatique gauche.

Atrophie musculaire : légère au niveau du segment jambier gauche (1/2 centimètre).

Troubles de la réflectivité : légère exagération du réflexe rotulien gauche.

Réflexes achilléens et médio-plantaires : abolis à gauche.

Examen oculaire : pupilles légèrement inégales, la droite étant plus petite. Réactions : normales.

Examen des urines : sucre et albumine : néant.

Observation XXVI.

M... Paul, caporal, 33 ans, 8e Génie.

Diagnostic : sciatique gauche.

Au front depuis le mois de septembre 1914. Souffre depuis 3 mois dans la continuité du membre inférieur gauche. Est évacué du front le 22 juillet 1918.

Etat actuel :

Station debout : appui du corps sur le membre inférieur droit. Elévation du bassin à gauche. Scoliose dorso-lombaire à convexité gauche.

Démarche : La marche a lieu dans cette attitude avec boiterie par insuffisance d'appui du membre inférieur gauche sur le sol.

Manœuvre d'élongation du nerf : positive dans la station debout.

Flexion latérale : négative. Position assise : positive.

Troubles de la sensibilité :

a) Subjectif : douleurs spontanées presque continues. Légèrement augmentées par les efforts et la marche.

b) Objectifs : nuls.

Atrophie musculaire sur la continuité du membre inférieur gauche très légère.

Troubles de la réflectivité :

Réflexes rotuliens : plus vif à gauche. Achilléen : aboli à gauche.

Ponction lombaire : Lymphocytose marquée : 74 par millimètre cube au Nageotte.

Hyperalbuminose (rachi-albuminimètre 2). Wassermann : négatif.

Examen des urines : ni sucre, ni albumine.

Pupilles : égales, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation.

Amélioration progressive des troubles de la démarche.

Observation XXVII.

Fr... Eugène, 31 ans, soldat de 2e classe, 172e d'Infanterie.

Diagnostic : sciatique légère droite.

Commémoratifs : Première crise douloureuse au printemps 1916. Depuis, douleurs beaucoup plus légères mais survenant assez fréquemment. La crise actuelle a débuté

brusquement à la fin juin 1918. Elle a motivé l'évacuation le 3 juillet. Entré au Centre neurologique le 18 juillet. Depuis, soumis au traitement psycho-faradique : amélioration très notable de la plupart des manifestations observées à l'entrée.

Etat actuel :

Troubles subjectifs : troubles douloureux assez intenses, à l'entrée localisés au niveau de la fesse droite et de la région rétro-malléolaire du même côté. Ont à peu près totalement disparu à l'heure actuelle.

Station debout : normale.

Démarche : la boiterie constatée à l'entrée a disparu, la marche est normale.

Motilité active et passive : normales pour le tronc et les différents segments du membre inférieur.

Manœuvres d'élongation du nerf sciatique :

1° Position debout (Signe de Néri) : négative.

2° Flexion latérale du tronc : négative.

3° Position assise (signe de Kœrnig) : négative.

4° Position couchée (signe de Lasègue) : légèrement positive.

Atrophie musculaire, très légère au segment jambier du membre inférieur droit.

Troubles de la sensibilité : hypoalgésie au niveau de la face postérieure de la jambe droite.

Troubles de la réfectivité : réflexes rotuliens, vifs mais égaux. Achilléens et médio-plantaires : légèrement plus faibles à droite.

Examen oculaire : pupilles inégales. la gauche légèrement plus petite, mais réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation.

Examen des urines : sucre, néant. Albumine : néant.

Ponction lombaire : tension normale. Hyperalbuminose moyenne.

Cytologie : 3 à 12 lymphocytes par champ.

Observation XXVIII.

S... Marius, 28 ans. 19e Dragons,

Diagnostic : sciatique droite.

Commémoratifs : Depuis 1 ans 3 crises douloureuses avec intermittences d'amélioration. La dernière crise plus violente survenue le 11 juillet a motivé l'évacuation.

Etat actuel :

Station debout : raccourcissement apparent du membre inférieur droit par élévation du bassin de ce côté; le talon est décollé du sol de deux travers de doigt environ. Existence d'une scoliose lombo-dorsale de compensation à convexité gauche.

Démarche : claudication avec appui du membre inférieur sur le talon antérieur et prolongement marqué du côté droit par ascension du bassin.

Manœuvres d'élongation du nerf sciatique :

Position debout : flexion antérieure du tronc : légèrement positif. Flexion latérale du tronc : légèrement positif.

Position couchée : flexion du membre malade : positif.

Passage dans la position assise : positif.

Atrophie musculaire : nulle au segment jambier, très légère au segment fémoral du membre inférieur droit.

Troubles objectifs de la sensibilité : hypoesthésie du membre inférieur droit. Dans le segment jambier en totalité.

Troubles de la réflectivité : réflexes rotuliens vifs et égaux. Achilléens et médio-plantaires : égaux normaux.

Examen oculaire : Pupilles égales à réactions normales.

Examen des urines : sucre et albumine : néant.

Sous l'influence du traitement faradique, la flexion du genou et l'attitude du pied en équinisme ont disparu. Le malade marche avec contact du talon au sol, mais avec boiterie persistante. *Injections épidurales.*

CONCLUSIONS

1° L'étude de la sciatique de guerre a plus qu'un intérêt rétrospectif : elle peut servir aux décisions des commissions de réformes, de pensions et a son application en matière d'accidents du travail.

2° L'étiologie est celle du temps de paix à laquelle s'ajoutent la fatigue, les intempéries de la vie de campagne et un état psychique particulier.

3° A côté des sciatalgiques vrais, il y a des hystériques, des simulateurs, des exagérateurs, des persévérateurs. Ce sont ces éléments qui donnent une symptomatologie spéciale à la sciatique de guerre.

4° Sur le terrain du diagnostic de la légitimité, le problème consiste à découvrir si le nerf est vraiment douloureux.

5° La douleur sera recherchée surtout par des manœuvres d'élongation du nerf, dérivées de la manœuvre de Lasègue, par des procédés détournés et par l'étude des attitudes.

6° L'existence de signes physiques ne prouve pas nécessairement l'existence *actuelle* d'une névralgie sciatique.

7° Le pronostic de la sciatique de guerre est en général bénin pour le malade, grave pour les effectifs.

8° Le traitement devait être et fut souvent préventif : ne pas renvoyer les malades à l'intérieur. Il doit être actuellement, lorsqu'il ne s'agit pas de sciatique absolument légitime, basé sur la rééducation morale et physique dans des centres neurologiques spéciaux.

9° Quand la sciatique est légitime, la thérapeutique est celle de la sciatique du temps de paix.

Vu : le Président,
A. GILBERT

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Accornero. — Observation sur le réflexe achilléen dans la sciatique (*Rev. Neur.*, octobre 1915).

André-Thomas. — A propos de la sciatique. Les radiculites du membre inférieur (*La Clinique*, 15 février 1907).

André-Thomas et Lévy-Valensi. — La névralgie sciatique pendant la guerre (*Revue générale de Pathologie de Guerre*, septembre 1917).

P. Aulagnier. — Les acquisitions récentes de la Symptomatologie des sciatiques médicales. Thèse Paris, 1917.

J. Baré. — Signes objectifs des sciatiques vraies (Réunion Médic. de la VI[e] armée, 4 novembre 1915. (*Presse Méd.* 31 janvier 1916).

— Contribution à l'étude clinique de la sciatique (*Presse Méd.*, 6 février 1919, p. 57).

Boisseau, Branche et L. Cornil. — Les sciatiques consécutives aux injections intra-fessières de sels de quinine. Bull. de la Réunion médico-chirurgicale de la VII[e] Région, n° 7 bis, 15 juillet 1917, p. 318.

Bonola. — Les réflexes du tendon d'Achille et du tenseur du fascia lata dans la sciatique radiculaire et la sciatique tronculaire (*Rev. Neur.*, 1913, p. 324.

P[r]. Carnot. — Traitement de la sciatique par l'extension continue (*Progrès Méd.*, 19 juin 1909).

Cornil. — Le diagnostic de la Sc. méd. Comment dépister une sciatique simulée. (*Journal des Prat.*, 1916, p. 843).

J. Déjerine. — Les radiculites (*Rev. Neur.*, mars 1916, p. 321-348).

— Traitement de la sciatique par les injections de sérum artificiel (*Journ. de Méd. Moderne* 1912).

Dubarry. — *Contribution à l'étude de la sensibilité cutanée dans la sciatique.* Thèse Paris, 1903.

Forestier. — Pathogénie sacro-vertébrale de certaines sciatiques (*Soc. de thérap.* 11 mars 1914).

J. Galtier. — Sciatiques et hypertension. (*Progrès Méd.* 1917, 3 s. p. 377).

Guillain et Baré. — Réflexe cutané plantaire. (*Soc. Méd. des Hôpitaux* février 1916).

— Réflexe médio-plantaire. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, avril 1916).

— Réflexe tibio-fémoral postérieur (*Soc. Méd. des Hôpitaux* février 1917).

Guillain et Fabre. — Réflexe péronéo-fémoral postérieur (*Soc. Méd. des Hôpitaux.* février 1917).

Grutzhaendler-Idelson. — *Troubles sensitifs et moteurs hystéro-traumatiques observés à l'occasion de la guerre 1914-1915.* Thèse. Paris 1915.

Landouzy. — De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer (*Arch. génér. de Médecine*, Mars, avril mai 1875.)

Léri et Schœffer. — Sciatique et lymphocytose céphalo-rachidienne (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, mai 1916).

Lhermitte. — L'exagération du réflexe glutéal dans les lésions médicales ou chirurgicales du nerf sciatique. (*Le Progrès Médical*, 28 septembre 1918).

Lortat-Jacob et Sabaréanu. — *Les Sciatiques. Leur traitement.* (Masson et Cie, 1913).

Lortat-Jacob, Sézary et Ferrand. — Névralgies sciatiques télétrosiques (*Rev. de Méd.* 8-9, août 1914, novembre 1915).

Lortat-Jacob. — Comment peut-on acquérir la certitude de

l'existence d'une sciatique. (*Rev. de Méd.* 5-6 mai-juin, paru juillet 1917, p. 314-330).

E. Long. — Radiculite lombo-sacrée, (sciatique radic. d'origine syphilitique) *Soc. de Neur.*, 3 février 1916.

P. Lévy et Baudoin. — *Les Névralgies et leur traitement.* (Baillière, 1909).

Moutard-Martin et Parturier. — Note sur un signe nouveau dans la sciatique ; la douleur provoquée contro-latérale. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 25 janvier 1907).

Néri. — La flexion du tronc et de la tête dans la sciatique (*Reforma Medica*, n° 28 1916).

— Les petits signes électriques (*Presse Méd.*, 9 août 1917).

Nobécourt. — Syndrome clinique de rhumatisme cervical et de névralgie sciatique associée. Réactions méningées. Complications cardiaques. (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 14 janvier 1916).

Nobécourt, Escalon et Peyre. — Névralgie sciatique et rhumatisme cervical (*Soc. méd. des Hôp.*, avril 1916).

Pierre-Marie. — Névralgie sciatique (*Journal des Praticiens*, 5 janvier 1918, p. 7).

Pisani. — Le réflexe abdominal dans la sciatique (*Rivista critica di clinica medicina* 1916. *Presse méd.* 25 janvier 1917 p. 63).

Polonovski. — *Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire.* Thèse. Paris, 1914.

Revault d'Allonnes. — Le signe achilléen sensitif des affections du nerf sciatique. (*Presse Méd.*, 18 juin 1917).

Revault d'Allonnes et Rimbaud. — Sensibilité du tendon d'Achille dans les affections du nerf sciatique. (*Marseille Médic.*, n° 15, 1917, p. 468).

Rimbaud. — Un signe de sciatique, l'effacement rétro-mal. (*Paris Méd. Soc. Méd. Hôp.*, 11 oct. 1918).

F. Rose. — Le signe du Fessier dans la névralgie sciatique (*Presse Méd.*, 4 juin 1917).

F. Rose. — Névralgie sciatique in *Traité clinique de Neurol. de guerre Sollier*. Alcan Edit.

G. Roussy et J. Lhermite. — *Psychonévrose de guerre* (Masson et Cie 1917).

G. Roussy, Cornil et Leroux. — Les manœuvres d'élongation du nerf dans le diagnostic des sciatiques médicales. (*Presse Méd.*, 6 septembre 1918, p. 506).

Sicard. — La sciatique. Pathogénie, diagnostic et traitement (*Jour. de Méd. de Paris* oct. 1911, n° 41 et 42).

— Les sciatalgies : Sciatique et Para-sciatique. *Le Mouv. Méd.*, août 1913, p. 341-357).

— Les signes de la sciatique médicale. Le signe de l'ascension talonnière dans le décubitus horizontal (*Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, 19 novembre 1915).

— Blessures de guerre ; traitement de certaines algies et acro-contractures rebelles par l'alcoolisation nerveuse locale. (*Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1916, 3 s., 20-40).

— Névrodocites et Funiculites vertébrales. (*Pres. Méd.*, 7 janv. 1918).

Sicard et Cantaloube. — Les réflexes neuro-musculaires du pied et de la main. (*Société méd. des Hôp.*, janv. 1916).

Sicard et H. Roger. — Syndrome paralytique pelvi-trochantérien après injection de quinine. (*Paris Méd.*, 9 nov. 1918 p. 366).

Sicard, Rimbaud et Roger. — Paralysie grave du nerf sciatique consécutive à des injections fessières de quinine. (*Paris-Méd.*, 6 janv. 1917 p. 10-13).

Sicard et H. Roger. — Sensibilité profonde plantaire dans la sciatique ; point, médio-plantaire. (*Marseille méd.*, n° 15, 1917, 1er avril, p. 469).

Société de Neurologie. — Séance du 21 octobre 1915. (*Presse Médicale*, 18 novembre 1915).

Société de Neurologie. — Séance du 6 et 7 avril 1916. (*Presse Médicale*, 13 juillet 1916).

Souque et Rathaus. — Synesthésalgie dans un cas de névrite douloureuse du sciatique. (*Rev. Neurol.*, Paris 1916, p. 905).

Tinel et Mlle Goldenfan. — Les lésions radiculaires chez les tuberculeux. (*Société de Neurologie*, 9 mars 1911).

Tinel et Gastinel. — Un cas de sciatique radiculaire tuberculeuse avec autopsie (*Revue neurologique*, 30 octobre 1911).

Valleix. — *Traité des névralgies*. Chapitre VII. Névralgie fémoro-poplitée (Sciatique) p. 480. Chez Baillière, 1841.

Villaret et Faure-Beaulieu. — Contribution à la sémiologie réflexe des affections du nerf sciatique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 7 avril 1916).

Paris. — Imp. Vigot Frères, 23, rue de l'École-de-Médecine.